



П. Мохровскій

СЕВЕРНЫЙ КРАЕВОЙ ВОЛОГОДСКИЙ
САНИТАРНО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

ПАМЯТИ

ДОКТОРА

П. П. МОКРОВСКОГО

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР

Д-р А. Н. ОРЛОВ

к 1230882

ВОЛОГОДСКАЯ
областная библиотека
им. И. В. Бабушкина

ВОЛОГДА

1 9 3 6

**NÖRDLICHER SANITÄTS-BACTERIOLOGISCHER INSTITUT
IN WOLOGDA**

ANDENKENS
Dr. P. P. MOKROVSKY

VERANTWORTLICHER REDAKTOR
Doctor A. N. ORLOV

WOLOGDA

1 9 3 6

ОТ ИЗДАТЕЛЬСТВА

Настоящий сборник, издаваемый Вологодским Санитарно-бактериологическим институтом, посвящен памяти незабываемого хирурга г. Вологды—доктора Павла Павловича Мокровского, который наряду с большой хирургической работой много способствовал развитию научно поставленной организации здравоохранения. Санитарно-Бактериологический Институт организован в 1930 году на базе бывшей губернской лаборатории, основание которой было заложено покойным Павлом Павловичем Мокровским.

Двадцать пять лет тому назад благодаря настойчивым и энергичным усилиям д-ра Мокровского при Губ. больнице возникли: прозектура, кабинеты для клинико-диагностических и бактериологических исследований.

В настоящее время эти лабораторные ячейки развились в отделы Института, ежегодно производящие тысячи анализов, обеспечивающих научно поставленную диагностику и лечение трудящихся Северного края.

После Октябрьской революции, когда дело здравоохранения получило небывалый размах,—д-р Мокровский всегда являлся консультантом для лабораторных работников, помогая своими знаниями и требованиями развертыванию и углублению лабораторных исследований.

Д-р Павел Павлович Мокровский высоко ценил роль лаборатории в деле организации медицинской помощи населению и своим примером учил пользоваться лабораторией своих учеников и товарищей по работе. Благодаря д-ру П. П. Мокровскому в Вологде установилась традиция широко пользоваться лабораторными исследованиями у постели больного и сосредоточивать в лабораториях и музее Института препараты из оперативной деятельности и другие материалы с последующей их научной обработкой.

Дирекция Института с большим удовлетворением выполняет просьбу товарищей д-ра Мокровского по работе и его учеников, посвятивших свои научные труды его светлой памяти, оказывая посильную помощь в издании настоящего сборника.

Директор Института *В. В. Лебедев.*

ОТ РЕДАКЦИИ

Товарищи по работе, а также ученики покойного хирурга д-ра Павла Павловича Мокровского, желая почтить память незабываемого товарища и учителя, предоставили для настоящего сборника свои работы. Вследствие ряда технических затруднений, Редакция выпускает сборник с значительным запозданием.

В сборник вошли работы из различных отраслей медицинского дела, но все они в той или иной мере, будучи проработаны на местном материале, не утратили своей ценности.

Покойному Павлу Павловичу Мокровскому не удалось дожить до наших светлых, радостных дней. Мощные волны социалистической стройки сделали то, что для Павла Павловича было мечтой, а для нас сегодня — действительность. В условиях Советской страны — на любом участке — можно много и с большим успехом работать и делать вклад в науку. Изучая работу Павла Павловича Мокровского, можно убедиться, что и на периферии имеется огромное поле для творческой деятельности и приложения своих сил и способностей в деле охраны здоровья трудящихся. Тот энтузиазм, которым горел покойный Павел Павлович, как хирург и врач-общественник, и та огромная работа, которую он проделал, пусть будут примером, увлекающим многих и многих.

Редакционная комиссия: Д-ра А. Н. Орлов, В. В. Лебедев,
С. Ф. Горталов, А. П. Цветков.

ПАВЕЛ ПАВЛОВИЧ МОКРОВСКИЙ

Биографический очерк

В. Д. Андреевская

„Медицинская профессия есть одно из гуманнейших занятий человека. Облегчать страдания людей — высокое призвание... Спасать жизнь человека — это такое великое наслаждение, перед которым меркнут все невзгоды жизни,“ — так говорил П. П. Мокровский окончившим фельдшерам, едушим на медицинскую работу в село. Из этих ярких слов очевидно, что покойный избрал своей специальностью медицину, хирургию по глубокой склонности к той науке, которая дает возможность служить страдающему человеку. Чем дальше уносится в даль прошлого день кончины П. П. — 30 июля 1924 года, — тем чище и притягательнее становится облик его для тех, кто близко его знал, кто захотел вплотную подойти к нему как к человеку, преломив первое впечатление суровости и строгости.

Павел Павлович Мокровский родился в г. Костроме 21 мая 1877 года в семье земского служащего. В 1885 году — 8 лет — П. П. отдают в Костромскую гимназию.

В раннем детстве, а особенно в гимназии проявилась у покойного одна из отличительных черт его натуры: страстная любовь к книге и чтению; все небольшие деньги, что он получал на очередные расходы от отца, — П. П. тратил на книги; вначале покупал и читал детскую литературу, по мере умственного роста книги становились более серьезными, научного или общественного значения: Добролюбов, Чернышевский, Герцен — вот те представители передовой, революционной мысли, которыми увлекался, зачитывался П. П. в средних и старших классах гимназии. Впоследствии, в зрелые годы П. П. не переставал интересоваться научной передовой мыслью, много читал. Не было, кажется, ни одной области человеческого знания, которой бы покойный не интересовался. И значительную часть своего сравнительно небольшого заработка он затрачивал на „новые“ книги, бывая частым гостем книжных магазинов. Естествознание, общественные науки, искусство, педагогика, новая беллетристика, не говоря уже о хирургии и медицине, — вот

те разносторонние области науки, которые вызывали у него интерес, увлекали, волновали как-то юношески страстно до конца его жизни. И мы, люди другой специальности, случилось, узнавали от него о книжных новинках по своему предмету.

В старших классах гимназии П. П. начал интересоваться общественной жизнью, зарождавшимся тогда рабочим движением, читать „запрещенные“ книги и прокламации, участвовал в революционном кружке молодежи, в который, кроме него, входили и другие гимназисты старших классов. В воспоминаниях В. Н. Соколова „Записки старого большевика“ (Москва, 1931, изд. Всесоюзного об-ва политкаторжан и ссыльно-поселенцев) есть интересные подробности об этом гимназическом кружке молодежи, который собирался регулярно для чтения революционной литературы; кружок имел свою библиотеку, на пополнение которой члены кружка собирали определенные взносы. О Мокровском В. Н. Соколов вспоминает тепло, как о рассудительном, хорошем парне и товарище. Об этих тайных кружках узнала костромская жандармерия, и дирекция предложила П. П. „добровольно“, но, повидимому, обязательно перейти в другую гимназию, хотя бы соседней Ярославской губернии. В Ярославской гимназии, куда обратился с просьбой о приеме в VII класс 15-летний П. П., дали согласие на поступление, но лишь с тем непременным условием, чтобы юноша жил на квартире у пом. инспектора Струева; этот последний, по словам П. П., усердно следил и за его знакомыми и за книгами, которые он читал, одним словом, осуществлял опеку „усердно и добросовестно“.

По окончании гимназии П. П. Мокровский поступает в Московский университет на медицинский факультет. Товарищ П. П. по Московскому университету — доктор А. А. Андреев пишет в своих воспоминаниях, что в то время уже в основном сложился характер, весь внутренний облик покойного. Серьезный, внимательно и пытливо изучающий свою специальность, аскет в личной жизни, „за угловатой манерой обращения которого чувствовалось сердечное и внимательное участие к страждущему человечеству“.

На IV курсе студента П. П. Мокровского в 1899 году за участие в студенческих кружках увольняют из Университета и высылают из Москвы в Кострому. Поступив снова в 1899 году на V курс, он окончил университет через Медицинскую испытательную комиссию, удостоившись степени лекаря 16 октября 1901 года. По окончании курса Мокровский остался работать в факультетской хирургической клинике Московского университета в качестве сверхштатного ординатора, где и проработал около 2,5 лет, прервав свою работу на 1 год 8 месяцев, которые пробыл на Дальнем Востоке в районе военных действий в качестве врача.

В 1907 году П. П. перешел на службу в г. Вологду в качестве ординатора хирургического отделения Губернской земской больницы; там он работал до самой своей смерти, целых семнадцать лет.

Глубокая принципиальность, честность и строгость в исполнении своих обязанностей, своего долга освещала всю его работу. Всегда на посту, всегда перед лицом обязанностей,— вот в чем основная сущность П. П. Необходимый отдых он находил в смене рода деятельности; сняв халат врача, принимался за книгу; уйдя от больных, он искал отдыха в семье, в общении с людьми, в дружеской беседе на темы, его волновавшие. Всегда занятый большим ответственным делом, работой, которой он посвятил себя без остатка, он не имел ни особенной охоты, ни досуга для развлечений, не имел для легкой шутки соответствующей настроенности. Правдивость и искренность, граничащие с внешней грубостью,—неотъемлемые штрихи его внутреннего лика. Ничто не было в состоянии так взорвать, взволновать П. П., как ложь или лукавство. Этого он не переносил и от этого страдал.

Напряженная работа без отдыха постепенно подломила силы П. П., за последние годы он чувствовал усталость. В июле 1924 года П. П. решил взять отпуск для отдыха и использовать его в поездке на пароходе на север, в Архангельск, объясняя взятый маршрут любовью к Северному краю.

Путешествие оказалось для него роковым; в конце путешествия он почувствовал себя больным и вернулся в Вологду в тяжелом состоянии. Несмотря на внимательное лечение врачей, которые посещали Мокровского по три раза в день, несмотря на консультации специально приезжавшего к больному университетского товарища — специалиста д-ра А. А. Андреева — ни что не помогло, и в ночь на 30 июля 1924 года П. П. скончался от туберкулеза легких.

Тяжело думать что пресеклась эта жизнь, полная мужественного творческого труда, полная чувства общественного долга, настолько полная, что перед делом и долгом отступили на задний план личные влечения и склонности. Необычайные честность и скромность, напряженный творческий труд, выразившийся в десяти тысячах операций,—наполняли все существо д-ра Мокровского,—память о нем до сих пор у всех, кто его когда-нибудь знал.

П. П. МОКРОВСКИЙ КАК ХИРУРГ

Д-р А. П. Цветков

В начале апреля 1907 года П. П. Мокровский был избран ординатором в Вологодскую губернскую больницу по конкурсу Санитарным советом и в течение семнадцати лет до 31 июня 1924 года не покидал заведывания хирургическим отделением.

При ознакомлении с архивами хирургического отделения мне посчастливилось найти несколько письменных источников, по которым можно усмотреть, какова была обстановка, в которой он работал, и какова была постановка хирургии в Вологодской губернии.

Хирургическое отделение в 1907 году располагалось в крайне ветхом двухэтажном каменном доме. Штатных коек было 15. В верхнем этаже располагались мужские палаты, операционная с перевязочной, в нижнем — женские палаты и амбулатория. Не могло быть строгой изоляции стационарных хирургических больных от амбулаторных.

Операционная была смежной с перевязочной, которая отделялась от нее лишь стеклянной перегородкой и являлась проходной и к тому же инфицированной гнойными больными комнатой. В перевязочной производились и амбулаторные операции. Автоклава не было. Работал стерилизатор высокого давления. Персонал отделения, с которым Мокровский начал и первое время продолжал работу, состоял из одного фельдшера, служителя и двух санитарок.

На обязанности санитарок лежали уход за больными, заведывание инвентарем и т. д. Отлучаться им из здания дозволялось только в особо исключительных случаях.

Как далека была обстановка, которую встретил Мокровский в Вологде, от той блестящей клиники профессоров Боброва и Спизарного, где он получил теоретическую и практическую подготовку!

Но этой, более чем скромной обстановки он не испугался; он ее знал еще в предыдущем году, когда в течение нескольких летних каникулярных месяцев, будучи еще клиническим ординатором, работал в Вологодской больнице. Он твердо и уверенно решил идти по намеченному им трудному пути земского хирурга.

Ближайшей его задачей, которую вскоре при содействии администрации больницы он выполнил, было приведение в надлежащий вид здания хирургического отделения, устранение основных недочетов, которые были слишком очевидны ему, привыкшему к блестящей клинической обстановке.*

При отсутствии асептики, подготовленного персонала, бедности инструментарием, нельзя было сразу думать о том, чтобы развивать широкую хирургическую работу. В течение ближайшего времени его желания и надежды сбылись. При скромности самого здания он создал более или менее современную обстановку для работы, с лабораторией, прозектурой и рентгеновским кабинетом. Хирургическую помощь в то время в Вологодской губернии Мокровский характеризовал в своем докладе на VIII губернском съезде врачей в 1908 году. Оперативно-хирургическую деятельность он делил на три ступени:

1. Начальную ступень, охватывающую простейшие хирургические пособия, входящие в понятие „малая хирургия“.

2. Следующую ступень, заключающую в себе хотя иногда и сложные, но все же типические операции, как, например: ампутации, грыжесечения, камнесечения и пр.

3. Наконец, высшую ступень,—сюда входят случаи второй ступени, осложненные в своем течении, и случаи, требующие не следования выработанным уже типичным операциям, а известной степени творчества.

В подавляющем большинстве участков губернии оперативная деятельность находилась в 1907—1909 гг. на первой ступени. В очень малом количестве участков хирургия находилась на второй ступени, особенно принимая во внимание количество населения и величину обслуживаемого района, и, наконец, почти ни в одном участке хирургия не достигла третьей ступени.

„Не ошибочно будет сказать, что положение медицинского дела в губернии стоит не на должной высоте, что видно уже из того, что большая часть всех больных принята фельдшерами. Совсем правильно будет сказать, что положение оперативной деятельности в уездах находится в зачаточном состоянии“. Причинами слабой постановки медицинского дела в 1907—1909 гг. в Вологодской губернии были недостаточное развитие стационарной системы и недостаток во врачах-хирургах. Необходимо было с одной стороны сосредоточить внимание на работе Губернской больницы, с другой стороны расширить хирургическую помощь на местах, в уездных центрах. Ради последней цели с 1912 года по предложению Мокровского вводятся при хирургическом отделении институт врачей-интернов, дабы дать возможность пополнять участковые больницы квалифицированными врачами-хирургами.

Чем слабее была развита хирургия в уездах и во всей губернии, тем больше, конечно, жизнь предъявляла требований к такому квалифицированному хирургу, каким был Мокровский.

* С 1908 года хирургическая амбулатория из стационара выведена в особое здание, число коек увеличено до 25, а потом и до 50. А. Н. Орлов.

Уже в ближайшие годы, не говоря о последних, когда популярность его достигла колоссальных размеров, стали стекаться к нему сотни и тысячи больных из самых отдаленных углов не только Вологодской губернии, но и смежных с ней. Большинство больных были крестьяне и рабочие. Из 585 стационарных больных за 1912 год — 483 человека приходится на них, что составляет 82% общего количества.

Хирургическую работу Мокровского в Вологодской губернской больнице можно разграничить на амбулаторную и стационарную.

Амбулаторная работа в первые годы носила смешанный характер. Ввиду отсутствия участковых хирургов, вся масса больных устремила в губернскую больницу, и нередко бывали дни, когда число больных в амбулатории доходило до двухсот в день.

Обращались больные, идя самотеком; обращались больные, направляемые врачами с мест для консультации. За последние годы, когда уездные больницы и городская амбулатория расширили свою специальную помощь, контингент больных сократился, но незначительно. Не уменьшился лишь, а, наоборот, увеличился контингент больных консультационных, имевших для хирурга высокой квалификации наибольший интерес.

Заявление Мокровского на VIII губернском съезде врачей в начале его деятельности оправдалось. Он говорил, что с развитием хирургии по участкам обращаемость больных с хирургическими заболеваниями, в том числе и с самыми сложными, увеличится; спрос на работу хирургического отделения возрастет, и этим самым еще больше приблизится к населению хирургическая помощь.

Общее количество прошедших через амбулаторию больных было 144 037, количество амбулаторных операций превышало 45 тысяч. Больших операций было произведено 6707.

Уже в течение первого (1907) неполного года работы Мокровским было произведено 165 операций, из них 14 чревосечений. В 1908 году, с улучшением постановки дела, число операций увеличилось почти вдвое, а затем с каждым годом возрастало.

Наибольшее количество произведенных больших операций — 573 — было в 1920 году. И если в последующие годы оно как бы уменьшилось, то, с другой стороны, повысился качественный их состав. Само собой разумеется, что при таком наплыве сложных, в клиническом и оперативном отношении, больных хирургическое отделение вынуждено было отказывать в приеме менее сложных больных, направляя их в уездные и участковые больницы.

В годы мировой войны количество операций понизилось. Причиной тому явилась передача коек для военных больных — с одной стороны, и работа Мокровского в гинекологическом отделении и военных госпиталях — с другой.

С расширением работы, увеличилось поступление случаев экстренных, и если в течение двух первых лет их совершенно

не значится в отчетах,* то в последующее время было произведено 339 экстренных операций. Смертность после операций, в зависимости от тяжести и запущенности случаев, колебалась от 4,38 до 6,3%. Всю активную работу по хирургическому отделению нес сам Мокровский. И вся масса перечисленных операций, за исключением лишь немногих, была выполнена им.

По своему количественному и качественному составу работа его не отставала от работы клиник.

Изучая отчеты его работы, можно сказать, что в них встречаются все типические операции на всех органах, которые в то время считались доступными хирургу. Из операций на желудочно-кишечном тракте и брюшных органах обращает на себя внимание большое количество язвенно-желудочных больных. Операций по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки было им произведено 604. Я думаю, что если бы в хирургическом отделении так же широко были поставлены показания, как в те годы наблюдалось у некоторых хирургов, то это число во много раз было бы больше. Мокровский ограничивал показания для оперативного вмешательства по тем основаниям, которые теперь приняты большинством хирургов. В этом отношении он был в достаточной мере проницательным и избегал излишних увлечений.

Он проявлял исключительный интерес к изучению злокачественных новообразований. Им произведено 52 операции по поводу рака желудка, 49 резекций верхней челюсти, 275 резекций верхней и нижней губ с широким удалением шейных лимфатических желез, 18 операций при раке прямой кишки. Грыжи брюшных стенок чрезвычайно широко отразились на оперативной деятельности Мокровского. Им произведено 1838 грыжесечений, включая сюда ущемленные грыжи с резекцией кишечника.

Предметом особого внимания Мокровского была хирургия печени и желчных протоков. По этому вопросу, а также по заболеваниям селезенки, им была написана литературная работа. Вообще наиболее родственной и близкой для него была хирургия брюшной полости. Две другие его литературные работы касаются: одна — болезни Вагтi, другая — „К вопросу о кишечных камнях“. Его учениками выпущено несколько литературных работ, в которых отразилась деятельность Хирургического отделения.

Как человек, глубоко преданный интересам науки, Мокровский обладал широкими познаниями в области медицины, в частности в избранной им любимой специальности.

В каждом вопросе хирургии он был осведомлен в пределах освещения его научной современной литературой. Обладая запасом широких знаний, приобретая огромный практический опыт, он был и блестящим техником.

Строгая продуманность, осмотрительность, мягкость и целесообразность движений, система в работе — вот качества, которые были свойственны ему как хирургу.

* За 1907 и 1908 гг. не сохранилось книг для записи произведенных операций, почему случаи экстренных операций значатся в цифрах общего отчета. (А. О.).

Первое впечатление от его оперативной техники было исключительно ярким. Такую хирургическую технику, которой владел Мокровский, редко можно встретить в столичных клиниках.

Высоким качеством его как врача и хирурга была его строгая научная объективность. Он никогда не скрывал своих ошибок, разочарований и огорчений, он их делал предметом обсуждения своих ближайших учеников.

Своим собственным примером он доказывал, что нельзя смотреть на больного только как на объект своих научных изысканий, что в больном нужно видеть прежде всего страдающего человека.

Вот почему он не был сторонником всевозможных новых, недостаточно проверенных и научно-обоснованных опытов. После долгих наблюдений, тщательного изучения литературы, работы в секционной, он применял новые методы лечения на больных. И в этом отношении он не был ретроградом.

В хирургическом отделении была строгая трудовая дисциплина, дисциплина, основанная не только на подчинении решительной и твердой воле своего шефа, она была основана на признании высокого научного врачебного авторитета Мокровского, бесконечной преданности и любви к нему как к человеку кристальной честности и чистоты.

Кроме многочисленных докладов по различным организационным вопросам о хирургической помощи населению и отчетов по Хирургическому отделению, напечатанных в изданиях б. Вологодского губернского земства, Мокровским напечатаны следующие работы:

1. К хирургии желчных путей. Юб. сборник С. Ф. Горталова. Изд. Вол. губ. земства, 1914.

2. К вопросу о кишечных камнях. „Врачебный Вестник“ 1921 г., январь—март. Изд. Волог. отд. здравоохранения.

3. К вопросу о болезни Банти и спленэктомии. Юб. сборник А. Н. Орлова, 1921 г., прилож. к „Врачебному Вестнику“ 1921 г., август—сентябрь.

ОБЩЕСТВЕННАЯ РАБОТА ПАВЛА ПАВЛОВИЧА МОКРОВСКОГО В ДЕЛЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Д-р В. В. Лебедев

Внешне суровый, малообщительный на первый взгляд, Павел Павлович обнаруживал всегда живейший интерес к вопросам организации дела здравоохранения.

Еще в дореволюционное время он огромной своей оперативной деятельностью из года в год ставил перед финансирующими органами все новые требования по организации и расширению любимого им хирургического дела. Достаточно просмотреть отчеты д-ра Мокровского по его отделению, чтобы убедиться, что с неумолимой настойчивостью он требует улучшения обстановки для больных, усиления персонала. В этих отчетах отразилась и большая забота об улучшении условий труда ухаживающего персонала, особенно младшего звена. Так в отчете за 1908 год мы читаем: „Все более и более работа младшего персонала близится к тому, что станет уже физически невыносимой“. Д-р Мокровский настаивает на увеличении штата, вводит дежурство учащихся фельдшерской школы.

Его радует всякое улучшение тяжелой обстановки в любимом им хирургическом отделении. В отчете за 1911 год он по поводу постановки вентилятора пишет: „Ввиду все усиливающегося переполнения отделения, работу вентиляторов приходится особенно ценить“. Каждый год на земских собраниях он своими энергичными выступлениями добивается улучшений обстановки и условий ухода за больными, подавляющее большинство которых им отбиралось из широких слоев трудящихся города и деревни.

На основе своей огромной практики он убеждается в чрезвычайно слабой организации хирургической помощи населению в губернии и ставит с присущей ему настойчивостью вопрос о расширении ее и приближении к населению.

Однако условия дореволюционной жизни были таковы, что этим его лучшим пожеланиям и требованиям осуществиться в полной мере не удавалось. Лишь после Октябрьской пролетарской революции идеи П. П. получают право на жизнь и осуществление. Его мысль о приближении хирургической помощи к районам путем учреждения хирургических отделений

и увеличения числа хирургов в уездных городах и крупных участковых больницах сейчас уже осуществлена: на Соколе, Харовской, в Грязовце, Вельске, Котласе, не говоря уже о Коми области,— всюду ведется широко развернутая оперативная работа, в которой принимают участие и ученики Павла Павловича — Ласточкин, Рождественский, Сергиевский.

В организации советского здравоохранения П. П. принимал всегда очень энергичное участие. Пишущий эти строки, в бытность заместителем зав. Вологодским губ. отделом здравоохранения, не раз имел возможность лично получать всегда отзывчивую и тщательно весьма научно-обоснованную консультацию по вопросам организации здравоохранения.

Губернские съезды участковых врачей, периодически созывавшиеся Губздравотделом, всегда пользовались большим вниманием со стороны П. П. Мокровского: были ли это вопросы общей организационной работы на участке, или вопросы специальной медпомощи,— П. П. всегда принимал деятельное участие в их обсуждении и давал весьма ценные конкретные предложения.

Он делился на этих съездах своим колоссальным практическим опытом и заражал своим энтузиазмом в работе аудиторию, часто состоявшую из молодых участковых врачей, давая им яркий пример самоотверженной, глубоконаучной и блестящей по своей технике хирургической работы.

Прошли уже многие годы, как нет среди нас П. П. Мокровского,—этого первого хирурга в южной части Северного края. Вместе с гигантским ростом промышленности и коренным переустройством сельского сектора и победоносного укрепления колхозного строя — до небывалых размеров выросло и развернулось советское здравоохранение. Самые смелые мечты самых лучших энтузиастов медицинского дела, к числу которых относился и покойный Павел Павлович,— не предвидели тех великих возможностей, которые получили работники здравоохранения в стране, строящей социализм.

СПАСТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ОБОСТРЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО АППЕНДИЦИТА

Проф. В. Р. Брайцев

Совместно протекающие аппендицит и холецистит за последнее время приобретают особый интерес. Вопрос не новый, но он долго оставался в тени, повидимому, в силу особенностей пережитого времени. По Гастон-Дюрану и Бинэ (Gaston-Durand et Binet), хронический воспалительный процесс может захватывать слепую и восходящую кишки с одной стороны, желчные пути — как внутripеченочные, так и внепеченочные — с другой, что клинически будет проявляться болезненностью всей правой половины живота; чаще, однако, в процесс вовлекаются слепая кишка (червеобразный отросток) и желчный пузырь (thyphlo-cholecystitis), т.-е. заболевают два полюса правой половины живота (биполярное заболевание).

Самое заболевание клинически может протекать в трех направлениях: 1) явления более выражены со стороны слепой кишки, желчный пузырь отходит на второй план; 2) доминируют явления со стороны желчного пузыря, явления же со стороны слепой кишки выражены слабее; 3) явления со стороны желчного пузыря и слепой кишки выражены настолько одинаково сильно, что трудно говорить о преобладании в общем симптомокомплексе симптомов со стороны того или другого органа.

Едва ли можно оспаривать эти положения. Совместные аппендицит и холецистит, как особое заболевание, — реальный факт. Каждому клиницисту известны приступы аппендицита и холецистита, наблюдаемые одновременно и сопровождающиеся напряженностью мышц всей правой половины живота, болями в правом подреберье и в правой подвздошной области, более или менее выраженной желтухой. В этих случаях имеет место проявление общей инфекции как для желчного пузыря, так и для червеобразного отростка. Это особенно можно наблюдать после общих инфекций — тифа, паратифа, дизентерии, гриппа. Но, с другой стороны, в ряде случаев обострения хронического аппендицита, можно наблюдать со стороны желчного пузыря явления настоящего холецистита — резкую напряженность мышц в правом подреберье, сильные боли, отдающие в правую лопатку и плечо, а по удалении желчного пузыря в нем не оказывается никаких признаков воспаления. Пример:

1. Наталия Т., 25 лет, поступила 15 января 1925 года. Около 1,5 года страдает болями в правой половине живота. Вначале боли приступами, сопровождались тошнотой, рвотой и повышением температуры. Последние полгода боли постоянные с частыми обострениями, сопровождаются тошнотой, но рвоты не бывает. Два месяца назад произведена операция по поводу грыжи белой линии, но улучшения не последовало.

В настоящее время резкое напряжение мышц в правом подреберье, резкая боль при давлении на желчный пузырь, отдающая в правую половину груди и в спину. В правой подвздошной области болезненность при давлении незначительная. Температура 36,8—37,5°. Общая кислотность желудочного сока 16,0, свободная соляная кислота 8,0. Органы кровообращения и дыхания в порядке. Нб 85%, красных кровяных шариков 5 100 000, белых 7000. Моча нормальная.

2 февраля операция. Разрез по Керу (Kehr). Желчный пузырь умеренно растянут, между ним и поперечно-ободочной кишкой сращения старого происхождения. Удаление желчного пузыря. Через тот же разрез извлечена слепая кишка. Червеобразный отросток утолщен, отечен, воспален, приращен к слепой кишке. Удаление отростка, Зашивание брюшной полости. Выписалась 18 февраля в хорошем состоянии. 15 июля 1925 года показывалась. Совершенно здорова. Содержимое удаленного желчного пузыря при посевах стерильно, Гистологическое исследование стенки пузыря признаков воспаления не обнаруживает. В полости червеобразного отростка гной. Гистологическое исследование стенки отростка дало картину катарально-гнойного воспаления с резкой инфильтрацией.

2. Елена П., 29 лет, поступила 21 сентября 1925 года. В 1919 году сыпной и возвратный тифы. Больна три года. Временами стали проявляться приступы резких болей в правой половине живота. Больная проводила сутки в постели, применяла грелки, и боли проходили. Год назад преждевременные роды с большой потерей крови. С того времени боли в правой половине живота постоянные, часто отдают в область правой лопатки и плеча.

В настоящее время резкое напряжение мышц в правом подреберье, резкая боль при давлении на область желчного пузыря, отдающая в правую лопатку и плечо. В правой подвздошной области небольшая болезненность при давлении, напряжения мышц нет. Общая кислотность 96,0, свободная соляная кислота 72,0.

Реакция Вебера на кровь отрицательная. Нб 90%, красных кровяных шариков 5 050 000 белых 9400. Органы дыхания и кровообращения в порядке. Возбудимость нервной системы повышена, резкий дермографизм. Тип астенический.

19 октября операция. Разрез по Керу. Желчный пузырь свободен от сращений и изменений не представляет. Правый угол поперечно-ободочной кишки подтянут к печени тяжами, перекинутыми через двенадцатиперстную кишку, которая лежит высоко и в свою очередь подтянута сращениями к воротам печени. Ни в желудке, ни в двенадцатиперстной кишке никаких признаков язвы. Сращения разделены. Через тот же разрез извлечена слепая кишка. Червеобразный отросток утолщен, стенки его плотны и отечны. Удален отросток. Брюшная полость зашита. В полости отростка каловые скопления и остицы, слизистая оболочка воспалена. Выписана 12 ноября в хорошем состоянии. Через три месяца болей в области желчного пузыря нет.

Я привел два наблюдения, в которых клинические симптомы со стороны желчного пузыря доминировали над симптомами со стороны червеобразного отростка, между тем патолого-анатомически имелись резкие воспалительные изменения в червеобразном отростке, а в желчном пузыре признаков воспаления не оказалось. В первом случае желчный пузырь был удален, но содержимое его было стерильно, а стенка — нормального строения; в другом — пузырь макроскопически представлялся здоровым и не удален. В обоих случаях операция произведена вскоре после обострения процесса, следовательно, исчезнуть всякие признаки недавнего воспаления в желчном пузыре не могли. Поразительным кажется, что крупные анатомические из-

менения в отростке почти не давали клинических явлений, а которые концентрировались в области желчного пузыря, давая обычные симптомы холецистита. В обоих случаях имелись сращения, но во втором случае отношения к желчному пузырю они не имели. Подобные сращения более часто дают симптом другого порядка, — об этом речь будет ниже, — и ничего специфического для печеночной колики они не имеют. Оба эти наблюдения изменили мое отношение к так называемому аппендициту — холециститу, заставили более углубленно отнестись к подобного рода симптомокомплексам и на обнажение желчного пузыря решаться только при особых показаниях. В пяти следующих случаях я ограничился удалением одного червеобразного отростка и до сих пор не имею основания изменять такого образа действия в дальнейшем.

1. Анна Е., 19 лет, поступила 8 ноября 1925 года. 5 лет назад после двусторонней свинки сильные боли в правой половине живота, температура — до 39°; задержка мочи, которая в течение 3 дней выводилась катетром. Через 2,5 года новый приступ такого же характера. 5 дней назад третий приступ. Жесточкая боль локализовалась в правом подреберье, откуда при каждом вздохе отдавала в спину и в левое подреберье. В настоящее время в правом подреберье резкое напряжение мышц, при давлении на область желчного пузыря боль отдает в спину и в левое подреберье. В правой подвздошной области и боль при давлении и напряжение мышц незначительны. Моча нормальна. В течение следующих 5 дней все болевые явления в правом подреберье исчезли, осталась небольшая болезненность в правой подвздошной области. 25 ноября удаление червеобразного отростка. Он резко гиперемирован, раздут, стенки его утолщены и отечны, в его полости кал, слизь и острницы. 7 декабря выписалась в хорошем состоянии и по настоящее время здорова.

2. Мария Ш., 25 лет, поступила 14 ноября 1925 года. 7 дней назад резкие боли в правой половине живота. При обследовании живота — напряжение мышц и резкая боль в правом подреберье. При давлении на область желчного пузыря боль отдает в левое подреберье и книзу. В правой подвздошной области боль незначительна, напряжения мышц нет. Общая кислотность желудочного сока 8,0, свободная соляная кислота — 0. Hb 94%, красных кровяных шариков 4 800 000, белых — 3400. Моча нормальна. К 29 ноября все явления исчезли, осталась только небольшая болезненность в правой подвздошной области. 30 ноября — удаление червеобразного отростка. Отросток воспален, утолщен, но без сращений. В полости его каловые камни, слизистая воспалена. 10 декабря выписалась в хорошем состоянии.

3. Иван К., 28 лет, поступил 8 января 1926 года в терапевтическое отделение, откуда переведен 15 февраля в хирургическое. Болен 2,5 месяца. Появились боли в подложечной области, отдающие в правую половину груди, в правую лопатку и плечо. Ни отрыжки, ни изжоги, ни рвоты не было. При давлении на область слепой кишки боль, отдающая в правую часть поясницы, в левую половину живота и в правое подреберье. При давлении на область желчного пузыря сильная боль, отдающая в правую половину груди. Общая кислотность желудочного сока 72,0, свободная соляная кислота 60,0. Моча нормальна. 3 марта удаление червеобразного отростка. Отросток длинный, на свободной брыжжейке, поверхность его резко инъецирована, особенно на дистальном конце, в полости его 4 каловых камня; слизистая воспалена, со множеством кровоизлияний. Выписан 20 марта в хорошем состоянии. Через месяц показывался, болей нет.

4. Антонина Г., 16 лет, поступила 8 марта 1926 года. Больна два месяца. Стали появляться боли в животе. Три недели назад приступ болей во всей правой половине живота без повышения температуры. В настоящее время при давлении в правой подвздошной области незначительная болезненность, при давлении на область желчного пузыря резкая боль, но без иррадиации. 13 марта удаление червеобразного отростка. Сальник припаян к слепой кишке. Отросток воспален, на свободной брыжжейке. В полости отростка каловые массы и острницы, в проксимальной части его слизистая резко воспалена. Выписана 23 ап-

реля в хорошем состоянии. 18 июля показывалась. Жалуются на легкие диспептические явления, болей нет.

5. Наталия М., 18 лет, поступила 16 марта 1926 года. В 1923 году приступ болей в животе продолжался неделю. 15 марта сильные боли в правой половине живота и под ложечкой, повторная рвота. В настоящее время резкое напряжение мышц в правом подреберье, при давлении на желчный пузырь сильные боли, отдающие в спину (средние грудные позвонки). Сюда же боли отдают и самостоятельно. В правой подвздошной области напряжение мышц менее значительное, боль при глубоком давлении резкая, отдает в подложечную область. 24 марта — удаление червеобразного отростка. Отросток инъецирован, на свободной брюшке, в его полости слизь и кал, слизистая набухшая, с массой точечных кровоизлияний.

Во всех этих пяти случаях, как и в первых двух, клинические явления в правом подреберье были выражены резче, нежели в правой подвздошной области, другими словами, симптомы холецистита преобладали над симптомами аппендицита. Но следует отметить одну особенность, именно, что симптомы со стороны желчного пузыря исчезали раньше, чем со стороны червеобразного отростка. В то время как давление на желчный пузырь уже не давало болей, давление на червеобразный отросток оставалось еще болезненным, словно явления со стороны желчного пузыря представляли лишь симптомы обострения процесса в червеобразном отростке. Эту особенность, на мой взгляд, следует иметь в виду при разрешении вопроса о том, подлежит ли желчный пузырь хирургическому вмешательству. Последние пять случаев отличаются от первых двух меньшей напряженностью симптомов. В этих случаях я ограничился удалением одного червеобразного отростка, который во всех случаях оказался воспаленным, и получил хороший результат. Были ли в области желчного пузыря или соседних органов сращения, как в первых двух случаях, сказать, конечно, нельзя. Важнейший вопрос, который возникает при этом, — имели ли мы дело с холециститом, или же все явления со стороны желчного пузыря представляли результат функциональных его нарушений, возникших по рефлексу с воспаленного червеобразного отростка? Знаменательным остается факт, что с обострением анатомического процесса в отростке возникали симптомы со стороны желчного пузыря, с затиханием этого процесса исчезали и эти симптомы. Во всех моих случаях с обострением аппендицита симптомы со стороны желчного пузыря доминировали, как будто бы желчный пузырь являлся центром заболевания, а между тем анатомически был поражен червеобразный отросток, воспаление которого протекало в периоде обострения почти скрытно. Интересно указать, что в своих случаях я не мог отметить, чтобы давление на одну из заинтересованных областей усиливало боль в другой. Только в одном случае (случай 3) при давлении на область слепой кишки боль отдавала именно в правое подреберье. Гастон-Дюран и Бинэ, напротив, указывают, что в их наблюдениях давление на область слепой кишки повышало чувствительность желчного пузыря, и давление на область желчного пузыря вызывало боль в области слепой кишки.

Я не отрицаю совместного заболевания воспалительным процессом червеобразного отростка и желчного пузыря, но пола-

гаю, что в большинстве случаев с биполярным симптомокомплексом дело идет о болях в области желчного пузыря, отраженных с отростка.

Вопросу о рефлексах в брюшной полости уделяется много внимания. Влияние воспаленного червеобразного отростка на желудок ставится вне всякого сомнения. Спазм привратника при аппендиците возводится на степень причины развития язвы желудка. Приходится наблюдать хронические аппендициты, которые протекают с симптомокомплексом в подложечной области, дающим повод подозревать язвенный процесс в желудке, а между тем при операции ни в желудке, ни в двенадцатиперстной кишке ничего не обнаруживается. Обнажение после этого червеобразного отростка открывает в нем изменение, и удаление его излечивает больного. Я не стану приводить примеров, но за время моей работы в отделении мне в пяти случаях пришлось иметь дело с подобными наблюдениями, причем в трех случаях был обнажен и желудок, в двух — удален только отросток. Опыт научил нас улавливать особенность оттенков в общей картине симптомов и помогает ставить правильный диагноз, хотя со стороны отростка в таких случаях как объективных, так и субъективных признаков его воспаления бывает очень мало. Весь этот симптомокомплекс в подложечной области при наличии хронического аппендицита нельзя иначе рассматривать, как отражение с воспаленного отростка, возможно, чрез посредство солнечного сплетения, ибо с удалением одного отростка все явления исчезают.

Не может быть сомнения в том, что подобные отношения существуют и между другими органами брюшной полости, но они остаются пока неизученными, как и многое другое в сфере действия вегетативной нервной системы. Мы еще недостаточно владем анатомией и физиологией этой системы и объяснения многих клинических фактов можем давать лишь на основании теоретических построений. В этом отношении любопытны наблюдения Ramond и Parturier, которые описывают рефлекторные влияния с хронически воспаленного желчного пузыря на желудочно-кишечный тракт. Они устанавливают, что при давлении на желчный пузырь возникает не только спазм привратника, который изучен уже давно, но возникают болезненные спазмы пищевода, средней части желудка, спазмы слепой и восходящей кишок, печеночного и селезеночного перегибов поперечно-ободочной кишки, спазмы S-образной кишки. В одном моем наблюдении холелитиаза у женщины 34 лет, где желчный пузырь был наполнен камнями, а в пузырном протоке камень был ущемлен, все симптомы в момент исследования говорили за заболевание желудка. Все явления локализовались в подложечной области, а между тем давление на желчный пузырь не давало никакой боли. Следовательно, поражение хроническим воспалительным процессом тех или других органов брюшной полости может сделаться источником болезненных рефлексов, притом самых отдаленных и распространенных сообразно обширности территории и границ вегетативной нервной системы. Раз хронически воспаленный желчный пузырь может

оказывать столь обширные влияния на другие органы, то, очевидно, он и сам может подвергаться спастическим состояниям по рефлексу с воспаленных других органов, в частности с хронически воспаленного червеобразного отростка. Если болезненное состояние окончаний вагосимпатических нервов в воспаленном желчном пузыре может давать рефлекторные спазмы в отдельных органах, то естественно предполагать, что воспалительные раздражения окончаний тех же нервов в червеобразном отростке могут вызвать спазм желчного пузыря, обладающего гладкой мускулатурой. Этот спазм желчного пузыря вызывается через посредство солнечного сплетения, которое само при этих условиях находится в состоянии раздражения. Моторным нервом, ведающим этими спазмами, является п. vagus, но желчный пузырь имеет также свои автономные центры в виде ганглиозных клеток.

Эти данные позволяют в целом ряде случаев с биполярным симптомокомплексом считать, что болевые явления со стороны желчного пузыря обуславливаются не инфекцией последнего, а отраженным его спазмом, тогда как настоящий воспалительный процесс захватывает только червеобразный отросток.

Это сочетание болевого симптомокомплекса в правом подреберье с обострением хронического аппендицита наблюдается сравнительно редко. Так на 316 операций удаления червеобразного отростка за время заведывания моего отделением (с 2 декабря 1924 года по 15 июля 1926 года) подобный биполярный симптомокомплекс встречен всего семь раз—2,2%, причем на 137 мужчин—1 раз—0,73%, на 179 женщин—6 раз—3,3%. Возможно, что лица, у которых наблюдается этот симптомокомплекс, обладают особым предрасположением к спастическим сокращениям гладкой мускулатуры, своего рода спазмофилией (проф. В. А. Оппель), в результате повышенной возбудимости вагосимпатической нервной системы. Особенности ее возбудимости и реакции на те или другие раздражения, повидимому, составляют основной элемент в процессе развития спастического состояния желчного пузыря по рефлексу с воспаленного червеобразного отростка. Среди моих больных некоторые выделялись легкой возбудимостью нервной системы вообще, обнаруживали резкий дермографизм; одна больная по своему строению приближалась к астеническому типу.

Во всех наших наблюдениях главнейшим симптомом со стороны желчного пузыря были боли как выражение спастического сокращения желчного пузыря. В некоторых случаях эти боли имели характер пузырьной колики. Можно считать доказанным, что печеночная колика—это спазм желчного пузыря. В защиту этого положения в последнее время снова выступают Ширэ и Павел (Chiray et Pavel). Среди других доказательств, приводимых этими авторами в пользу указанного положения, особый интерес представляет возможность вызвать экспериментально пузырьную колику у лиц, страдающих хроническим холециститом, когда под влиянием раствора сернокислой магнезии, введенного в двенадцатиперстную кишку при помощи дуоденального зонда, происходит сокращение желчного пузыря. Этими рассуж-

днями выясняется ход развития симптомокомплекса со стороны желчного пузыря при обострениях хронического аппендицита.

Значение спазма жома Oddi как причины печеночной колики (Westphal) оспаривается Ширэ и Павелем на том основании, что при печеночной колике нередко наблюдается рвота желчью, понять происхождение которой было бы трудно, если бы жом Одди был закрыт. Также при язве двенадцатиперстной кишки, как показывает практика с дуоденальным зондом, жом Одди бывает иногда долго закрыт, а между тем печеночная колика при этом отсутствует. Факт отсутствия каких-либо явлений со стороны желчного пузыря уже в течение значительного времени после удаления одного червеобразного отростка в наших случаях, повидимому, подтверждает проводимую мысль.

В двух первых моих случаях, в которых желчный пузырь был обнажен, оказались сращения: в одном — желчного пузыря с поперечно-ободочной кишкой, в другом — двенадцатиперстной кишки и поперечно-ободочной кишки с печенью. Наличие этих сращений могло благоприятствовать спастическим сокращениям желчного пузыря. Эти сращения М. Б. Юкельсон находил во всех своих 18 случаях. Он полагает, что во всех его случаях с биоплярным симптомокомплексом имел место инфекционный холецистит, а между тем посевы содержимого желчного пузыря, произведенные д-ром Генкиным в 15 случаях, только два раза дали положительный результат, причем в одном случае найден белый стафилококк, в другом — кишечная палочка. Столь скромный процент зараженности содержимого желчного пузыря едва ли может говорить в пользу обязательности воспалительного происхождения наблюдавшихся в этих случаях болей.

Наличие сращений в области желчного пузыря, двенадцатиперстной кишки, привратника, печени и поперечно-ободочной кишки не может говорить за воспаление желчного пузыря в прошлом. Эти сращения приходится наблюдать нередко. Они могут давать симптомы, которые побуждают подозревать язву желудка или двенадцатиперстной кишки. Кто оперировал много по поводу язв, тот не будет смущен, если в случае с подозрением на язву найдет только эти сращения. За указанный период времени я имею 9 случаев (7 женщин и 2 мужчин), проверенных операцией, в которых при наличии сращений в области привратника, двенадцатиперстной кишки, поперечно-ободочной кишки, печени и желчного пузыря имелись симптомы, заставлявшие думать о язве желудка. Желчный пузырь в этих случаях был вовлечен в сращения 6 раз, но это не давало с его стороны никаких симптомов. В 7 случаях имелись грубые изменения червеобразного отростка, пораженного процессом, в 2 остальных случаях эти изменения были не очень резки. Следовательно, в этих случаях имела комбинация воспаления червеобразного отростка и сращений в области желудочнопеченочного угла, как и в наблюдениях М. Б. Юкельсона, а между тем со стороны желчного пузыря никаких симптомов не существовало.

Но откуда эти сращения? С какого органа идет тот воспалительный процесс, который их вызывает? Шнейдер (Schneider)

и Юкельсон источником этих сращений считают холецистит и советуют удалять желчный пузырь. Я сам наблюдал случаи острых бескаменных холециститов, в которых при операциях в холодном периоде обнаруживались сращения не только в области желчного пузыря и соседних органов, но распространялись далеко и на поверхность печени. Однако едва ли бывает так во всех случаях. Доберер (Doberer) исходным пунктом для этих сращений считает воспалительный процесс в привратниковой части желудка (Gastritis adhaesiva) и рекомендует резекцию ее. Цандер (Zander) высказывает мнение, что в основе этих сращений лежит панкреатит. Пока нет данных, чтобы принять ту или другую точку зрения, но, повидимому, каждая из приведенных причин может дать сращения. Вместе с тем возникает вопрос, не могут ли эти сращения развиваться также в результате восходящего лимфангоита от воспаленного червеобразного отростка. Связь лимфатических путей правой подвздошной области (слепая кишка и червеобразный отросток) и органов верхнего этажа брюшной полости (печень, желчные пути, двенадцатиперстная кишка и желудок) можно считать установленной (Braithwaite, М. М. Гинзберг). При этих условиях возможность развития сращений вокруг упомянутых органов верхнего этажа на почве аппендицита не исключается. В этом отношении иллюстрацией может служить одно из моих наблюдений.

Мария Д., 34 лет, поступила 29 мая 1925 года с жалобой на боли в подложечной области, отрыжку, изжогу, тошноту и рвоту. Боль непосредственно после еды. Запоры. Больна год. При давлении резкая боль в подложечной области и очень незначительная в правой подвздошной. Общая кислотность желудочного сока 4,0, свободная соляная кислота 0. 12 мая операция. Разрез от мечевидного отростка до пупка. Большой сальник завернут вверх и припаян к передней брюшной стенке над правым краем печени. Сальник отделен. Ligamentum gastro-colicum своим правым краем приращено к нижней поверхности печени слева от желчного пузыря и подтягивает правый угол поперечно-ободочной кишки. Сращения разделены. Восходящая кишка образует перегиб в форме двустовки, и оба ствола спаяны сращениями, которые также разделены. Разрез продолжен книзу. Извлечена слепая кишка, но отростка не видно. После поисков она обнаружена в основании брыжейки тонкой кишки, окружен глубокими сращениями и конгломератом воспаленных лимфатических желез. Выделенный из брыжейки отросток — толщиной в палец, с утолщенными и отечными стенками, наполненный слизисто-гнойным содержанием.

Вне всякого сомнения, что все сращения в этом случае развились от аппендицита. Приведенный пример является разительным в этом отношении, но это надо иметь в виду и при других, не столь выраженных в своей последовательности анатомических изменениях. Следовательно, эти сращения не могут говорить ни в пользу холецистита в прошлом, ни в пользу того, что болевой симптомокомплекс обязан холециститу в настоящем. Говорить о холецистите можно только при наличии инфекции в содержимом пузыря и воспалительных изменениях в его стенке.

Наша точка зрения находит достаточно оснований в приведенных фактах. Эти факты убеждают в том, что в большом числе случаев так называемого аппендицита и холецистита дело идет об одном аппендиците в анатомическом смысле, явления же со стороны желчного пузыря обуславливаются функциональ-

ными его нарушениями по рефлексу с воспаленного червеобразного отростка, другими словами, спастические сокращения желчного пузыря — источник пузырного симптомокомплекса.

Авторы, писавшие об аппендиците-холецистите (Гастон-Дюран, С. М. Рубашев, М. Б. Юкельсон), являются сторонниками удаления червеобразного отростка и желчного пузыря. Я полагаю, что показания к удалению в этих случаях желчного пузыря дело деликатного свойства. Наличие болевых симптомов в правом подреберье не может считаться для этого достаточным. С моей точки зрения, удаление желчного пузыря во многих подобных случаях излишне и не показано. Приравнивать желчный пузырь как орган к червеобразному отростку, конечно, нельзя. Роль желчного пузыря в экономии организма окончательно не изучена, но уже и теперь работы некоторых авторов (Ширэ и Павел) показывают, что он обладает определенными физиологическими функциями: 1) как сокращающийся орган он работает активно по рефлексу с двенадцатиперстной кишки, выбрасывая в периоде дуоденального пищеварения содержащуюся в нем желчь; 2) во время своего пребывания в нем желчь теряет вследствие всасывания значительную часть своей воды и концентрирует таким образом важные для пищеварения другие элементы; 3) клетки слизистой пузыря вырабатывают холестерин, выделяют муцин и затем особые гормоны (Zeede), которые стимулируют деятельность печени.

Из сказанного ясно, что на желчный пузырь нельзя смотреть, как на орган, не имеющий физиологического значения, и, следовательно, удаление его должно диктоваться только достаточными показаниями, да и самую операцию удаления пузыря нельзя считать совершенно невинной, всегда протекающей без всяких осложнений. В указанных случаях биполярного симптомокомплекса, по крайней мере в большинстве их, достаточно удаления одного измененного червеобразного отростка, чтобы уничтожить и все явления со стороны желчного пузыря. Вопросом о рефлексах в брюшной полости выдвигается область особых сил, в которой действуют интересные взаимоотношения органов на фоне вагосимпатической системы. Изучение этой области составляет задачу настоящего момента.

ВЫВОДЫ:

1. Болевые симптомы со стороны желчного пузыря, возникающие при обострениях хронического аппендицита, не всегда обуславливаются воспалением желчного пузыря, но в преобладающем числе вызываются спастическими его сокращениями по рефлексу с воспаленного червеобразного отростка.

2. Эти спазмы желчного пузыря составляют одно из проявлений в обширной области спазмов, свойственных органам брюшной полости.

3. Основным элементом для этих спазмов желчного пузыря служат состояние раздражения и функциональная диссоциация окончаний вагосимпатических нервов в воспаленном червеобразном отростке.

4. Наличие желчепузырных болей при обострениях хронического аппендицита не может служить показанием к удалению желчного пузыря, так как с удалением червеобразного отростка они вновь не возникают.

5. Наблюдаемые в области желчного пузыря, поперечно-ободочной кишки и двенадцатиперстной кишки, печени и привратника желудка сращения не всегда могут служить доказательством бывшего холецистита, так как они бывают разного происхождения, в том числе и на почве лимфангоита из воспаленного червеобразного отростка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брайцев. К этиологии и лечению язв желудка и двенадцатиперстной кишки. НХА. 1923, № 12.—2. Брейтман. Аппендицит, баугиниева заслонка и язва желудка. НХА. 1924, № 17.—3. Chirayet Pavel. Pathogénie de la colique hépatique. Presse médicale, 1926, № 12.—4. Chiray et Pavel. Physiologie de la vessie biliaire. Pr. méd. 1925, № 43.—5. Doberer. Zur Pathologie und Therapie der Perigastritis. Zbl. f. Chirurg. 1924, № 32.—6. Gaston-Durand et Binet. Les thyphlo-cholecystites chirurgiques. Pr. méd. 1925, № 18.—7. Гинзберг. К вопросу о лимфатической связи воспаления червеобразного отростка с некоторыми страданиями желудка. „Р. Кл.“, 1925, март.—8. Генкин. Патолого-гистологические изменения печени и желчного пузыря при хроническом бескаменном холецистите. НХА. 1926, № 37—38.—9. Злотвер. О так называемом застойном желчном пузыре. „Вестник хирургии и погр. обл.“ 1926, кн. 19.—10. Ламперт. Клиника изменений невротонуса кишечной трубки. „Н. Хирургия“ 1925, № 1.—11. Оппель. Спазмифилия в хирургии. „Вестник хирургии и погр. обл.“ 1926, кн. 19.—12. Ramond et Parturier. Réactions réflexives de la vésicule biliaire sur le tube digestif. Pr. méd. 1925, № 38.—13. Ramond et Parturier. Cholécystite et appendicite chroniques. Presse méd. 1926, № 45.—14. Рубашев. Аппендицит, холецистит, холелитиаз. „Н. хирургия“ 1925, № 3.—15. Schneider Klinische Beobachtungen der adhaesiven Prozesse zwischen Gallenblase und Duodenum, insbesondere der sogen. Pericholecystitis. Zbl. f. Chirurg. 1924, № 4.—16. Юкельсон. О хроническом воспалении желчного пузыря без камней. НХА. 1926, № 37—38.—17. Zander. Zur Frage nach dem Wesen der Pericholecystitis und Perigastritis. Zbl. f. Chirurg. 1924, № 48.—18. Федоров. Желчные камни и их лечение. 1918.—19. Муре. О хроническом бактериальном мезентериолите. „Вестник хирургии и погр. обл.“ 1925, кн. 10 и 11. 20 Westphal. Muskelfunktion, Nervensystem und Pathologie der Gallenwege. Zeitschr. f. klin. Med. 96 Bd. 1923.

*Section Chirurgique de l'Hopital central des chemins de fer du Nord
(Chef.—Prof. V. R. Braïzev)*

État spasmatique de la vessie biliaire pendant les exacerbations de l'appendicite chronique

Prof. V. R. Braïzev

L'auteur attire l'attention sur la maladie simultanée de l'appendicite et du cholecystite, type d'une maladie «bipolaire», accompagnée quelquefois d'un état clinique évident, qui après l'extraction par voie opérative n'est pas toujours suivie des changements pathologiques de la vessie biliaire.

Pendant les aggravations (exacerbations) de l'appendicite chronique les douleurs de la vessie biliaire sont le résultat des contractions spastiques par réflexion avec l'inflammation de l'appendix.

Dans ce cas les douleurs de la vessie biliaire ne peuvent être l'indication de l'extraction de cette dernière, parce qu'après l'opération de l'appendicite (extraction de l'appendix inflammé) les douleurs de la vessie biliaire ne se renouvèlent plus.

*Из хирургического отделения Старо-Екатерининской больницы
в Москве (зав. д-р В. Н. Розанов)*

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА ПОЧЕК С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИПУЗЫРНОГО РАЗДЕЛЕНИЯ МОЧИ СЕПАРАТОРОМ ЛЮИСА

(на основании 150 случаев) *

Д-р Д. А. Груздев

*Посвящается памяти моего со студенческой комнаты друга
Паши, преданного хирургии на пользу страдающим.*

Функциональную пробу почек при почечных заболеваниях я применил 150 раз. Предметом данного сообщения служат 105 случаев на больных бывш. Старо-Екатерининской больницы в Москве.

Функциональная работоспособность почки измеряется количеством работы, какую почка производит за определенное время. Работа определяется количеством выделенных почкою веществ, поэтому функциональную способность почки я и измерял этими количествами. Процентным содержанием составных частей мочи нельзя определить работы почек, так как процентом определяется лишь один из моментов, влияющих на функцию, а именно—анатомическое состояние рабочей почечной паренхимы.

При сравнительной оценке функции больной почки и предполагаемой здоровой у одного и того же субъекта в моих наблюдениях оказалось, что имеются случаи, где проценты для обеих почек равны, или даже повышены со стороны больной почки, а абсолютные количества веществ со стороны больной почки понижены больше чем в два раза, и я считаю здесь функцию во столько же раз пониженной. Отсюда ясно следует, что определение процентного содержания составных частей мочи не может характеризовать функционального состояния почки, хотя, как увидим ниже, определение процентного содержания в сопоставлении его с абсолютными количествами выделенных веществ имеет громадное значение в другом вопросе, а именно—в диагностике, при распознавании формы почечного заболевания.

Из способов функциональной пробы я применял способ определения в моче мочевины и хлоридов, индиго-карминовую пробу и, в некоторых случаях,—криоскопию мочи и крови. Исследовалась моча общая за сутки, общая разовая, полученная—непосредственно перед разделением мочи—катетером из пузыря, и моча правой и левой почек отдельно, полученная с по-

* Предварительное сообщение, доложено на IX съезде хирургов.

мощью внутрипузырного разделения сепаратором Люиса (Luis). Кроме функционального исследования, применялись и все обычные способы исследования мочи на патологические примеси.

Все способы функциональной пробы, как то: способ определения мочевины, хлоридов, индиго-карминовая проба, криоскопия — в общем параллельны. Маленькая, но важная подробность об индиго-карминовой пробе: она указывает функциональное расстройство почки той стороны, где понижены абсолютные количества веществ при равных и даже повышенных процентных сравнительно с другой стороной — предполагаемой здоровой почкой. И еще: несмотря на значительное падение процентного содержания с большой стороны, эта проба отрицала функциональное расстройство почки, если в то же время не падали абсолютные количества веществ. Следовательно, показания индиго-карминовой пробы относительно функционального состояния почки совпадают не с показаниями процентного содержания, а с показаниями абсолютных количеств выделенных почкою плотных веществ. Что касается криоскопии мочи, то мною определялась не молекулярная, а осмотическая концентрация мочи, под которою подразумевается общая концентрация как молекул, так и ионов, по формуле $C = \frac{D}{1,85}$, с вычислением абсолютного количества граммомолекул и граммаионов, выделенных с мочой за определенное время, по формуле: $C \frac{D}{1,85} \cdot V$. Этому вы-

числению общего числа граммомолекул и граммаионов я придавал значение на том же основании, на каком не процентному, а абсолютному количеству веществ — в других способах функциональной пробы. Криоскопический метод, определяя концентрацию мочи, хотя давал показания приблизительно параллельные удельному весу мочи, но в то же время нельзя не констатировать интереснейших наблюдений над большими или меньшими отклонениями от этой параллели, указывающими на разную степень электролитической диссоциации растворенных в моче веществ, диссоциации на ионы: большее или меньшее понижение температуры замерзания раствора, в общем завися от молекулярной концентрации раствора, зависит, кроме того, как известно, от той или иной степени электролитической диссоциации растворенного вещества. А по отношению к количеству работы, производимой почками, каждый ион при образовании мочи имеет такое же значение, как и молекула. Упомянутые отклонения от удельного веса, в показаниях криоскопии зависящие от присутствия ионов, не входят в задачу данного сообщения, а заслуживают внимания как предмет отдельной работы по изучению вопроса о зависимости функции почек от ионов крови и мочи. Криоскопия крови в моих случаях, согласно литературным данным, в случаях иноперабильных подтверждала уремическое состояние, и ее показания — свыше $0,58^\circ$ — указывали на почечную недостаточность; при показаниях же в пределах $0,56^\circ$ — $0,58^\circ$, после операции не наблюдалось уремии, и, таким образом, нельзя было констатировать для этих случаев

почечной недостаточности. При методе определения хлоридов в большинстве случаев получались данные, параллельные данным метода определения мочевины для распознавания функциональных расстройств.

В неразрывной связи с методом количественного определения функции каждой почки отдельно стоит выбор способа раздельно получить точные количества правой и левой мочи за одно и то же время. Катетеризация мочеточников, по признанию некоторых авторов, дает протечку мочи между катетером и стенкой мочеточника; следовательно катетеризация не может дать точных, верных количеств мочи за время производства катетеризации, а они составляют неперемное условие для количественного способа определения функции почек. Сепарация пузыря протечки не дает, и в моих наблюдениях, при разделении сепаратором (Люиса), смешения в пузыре правой и левой мочи не наблюдалось. За полное разделение мочи сепаратором Люиса говорят сепарации на больных, примененные мною после удаления больной почки. В этих случаях можно было видеть обильное, цельной струей, истечение мочи из одной половины сепаратора, и—ни капли из другой, со стороны удаленной почки. Еще: те резкие случаи разницы правой и левой мочи, когда с одной стороны нет индиговой окраски, есть белок и форменные элементы, а со здоровой—резкая индиговая окраска, ни белка, ни элементов. Далее, ценным свойством сепарации для функциональной пробы является то, что сепаратор не вызывает искусственной полиурии, каковая, к тому же неравномерная для больной и здоровой сторон, имеет место при катетеризации мочеточников. Таким образом, в сепарированной правой и левой моче, как в зеркале, видна действительная работа каждой почки отдельно. В моих наблюдениях для примера укажу на случай, где были применены оба способа на одной и той же больной. См. диаграмму 1: № 4—катетеризация мочеточника, № 5—сепарация пузыря (значение линий см. ниже). Данные катетеризации вследствие искусственной рефлекторной полиурии указывали здесь на повышенную функцию, тогда как сепарация указывала, наоборот, на понижение функции, и удаленная операцией почка, пораженная туберкулезом, подтвердила данные сепарации. На основании указанного я и применял для функциональной пробы почек не катетеризацию мочеточников, а сепарацию пузыря.

На всех прилагаемых здесь таблицах представлены данные моих исследований с помощью функциональной пробы только по мочеvine как по основному методу. Везде сравнивается функциональная способность больной почки с предполагаемой здоровой. Предполагаемая здоровая почка принята за единицу, а отклонения больной в ту или другую сторону вычислены в геометрическом отношении и изображены вертикальными линиями. Сплошные черные линии изображают количества веществ, линии с косым штрихом изображают проценты. Случаи послеоперационных сепараций изображены горизонтальным штрихом. Цифры сбоку показывают, во сколько раз проценты

и количества веществ, выделенных больной почкой, понижены или повышены сравнительно с предполагаемой здоровой стороной.

На первых трех диаграммах—1, 2 и 3—изображены отдельные сепарации; на диаграмме 4—случаи сгруппированы по роду заболеваний, и отклонения больной почки выражены в средних цифрах. В дальнейшем изложении я буду пользоваться главным образом диаграммой 4.

Все случаи почечных заболеваний на этой диаграмме разбиты на три функциональные группы (см. диаграмму 4).

I функциональная группа: функция больной почки понижена—черные линии идут книзу.

II функциональная группа: функция больной почки то понижена, то повышена, правда, в небольших пределах,—черные линии идут то книзу, то кверху.

III функциональная группа: функция больной почки повышена, черные линии идут кверху.

В I группу входят следующего рода заболевания: заболевания с атрофией почки от давления: гидро-пионефрозы, туберкулез и лоханочные свищи; затем пиелиты, пара-перинефриты, острая травма почек, пиелонефриты и опухоли. Во II группу—подвижные почки, нефриты и случаи, где исключено заболевание почки. В III группу—двусторонние заболевания, клинически выраженные только на одной стороне.

Перехожу к рассмотрению по группам того, что нам говорят эти функциональные данные для распознавания больной почки.

Начну рассмотрение с группы III. Сюда входят двусторонние заболевания, клинически выраженные на одной стороне. Для этих случаев только одна функциональная проба, так сказать, открывает глаза на то, что и предполагаемая здоровая почка больна. В обеих графах III группы представлены случаи: а) в последней графе предполагаемая здоровая почка совсем не работает, а работает только больная; б) в предпоследней графе—предполагаемая здоровая еще несколько работает. Из случаев последней графы (а)—в одном распознана атрофия почки, кистозно перерожденной со здоровой стороны, при кистозной опухоли с больной (см. случаи 104, 105 в диаграмме 3); в другом—сморщенная почка с предполагаемой здоровой стороны при раке с больной (случай 103, см. диаграмму 3). Из случаев предпоследней графы (б) распознан гидронефроз с предполагаемой здоровой стороны при камне с больной (случаи 98 и 99, см. диаграмму 3).

Заболевания I функциональной группы. Здесь функциональная проба значительно облегчает распознавание больной почки. Во всех случаях этой группы функция клинически заподозренной больной почки понижена, как указывают на то идущие книзу черные линии—понижены количества мочевины. Это понижение неодинаково для всех случаев и форм заболеваний этой группы. Причем здесь, для того, чтобы установить форму заболевания, приходится на помощь сопоставление процентного содержания с абсолютными количествами выделенной из заподозренной больной почки мочевины. Этим сопоставлением количества с про-

центом приобретает определенное значение функциональной пробы в диагностике почечных заболеваний и особенно для этой группы. Сопоставляя количество с процентом, удается установить некоторые функциональные симптомы, указывающие на определенную форму заболевания, а именно: общую форму, когда страдает вся почка в целом; диффузную, когда множественные очаги диффузно рассеяны в почке там и сям, но вся почка в целом не страдает; и — местно-очаговую, когда процесс гнездится в том или другом участке почки. Оказывается, что каждой из этих форм соответствует определенная типичная функциональная картина.

С этой точки зрения рассмотрим заболевания I функциональной группы. К общей форме заболевания почек я отношу: заболевания с атрофией почки от давления, затем пиелиты, паранефриты и травмы почек с кровотечением. В частности в заболевания с атрофией почки от давления входят: гидронефроз, пионефроз, туберкулез (кавернозной формы) и лоханочные свищи; при этих заболеваниях замечается большая степень функционального расстройства, чем при остальных этой группы, т.е. больше, чем при пиелитах, пара- и паранефритах и травматических кровотечениях; в крайней графе — крайняя степень расстройства: больная почка вовсе не работает.

Для общей формы всех этих заболеваний, т.е. где страдает вся паренхима почки в целом, как видим, характерна следующая функциональная картина: падение и количеств и процентов с большой стороны, причем замечается большее падение количеств и меньшее — процентов. Моча больной почки жидка, и ее мало.

К заболеваниям диффузной формы я отношу пиелонефриты. Для диффузной формы типично: довольно значительное падение процентов и почти равенство в количествах сравнительно с предполагаемой здоровой почкой: моча больной почки жидка, но ее много, — при заболеваниях диффузной формы страдает не сплошь вся почечная паренхима, а диффузно.

К заболеваниям местно-очаговой формы я отношу опухоли почек. Для местно-очаговой формы типично: на большой стороне падение количеств при равенстве процентов. Моча больной почки по концентрации одинакова с предполагаемой здоровой почкой, но ее мало; при заболеваниях очаговой формы — опухолях — поражена не вся почечная паренхима, а лишь определенный участок органа; в непораженных участках анатомическое состояние паренхимы сохраняется нормальным, почему и процентное содержание мочевины не падает; площадь же здоровых участков сокращается, а вследствие этого падает и абсолютное количество мочевины.

Интересно отметить некоторого рода отклонения функциональной картины от типа для отдельных случаев из рассмотренных заболеваний I функциональной группы. Оказывается, что, вследствие осложнения одной формы заболевания другой формой, соответственно изменяется и функциональная картина. Это мы наблюдали в тех случаях опухолей, где иногда имелось

осложнение кровотечением, иногда — гидронефрозом, т.е. очаговая форма осложнялась общей формой почечных заболеваний,—см. случаи 43, 46, 47, 48 в диаграмме I и в случаях пиелонефритов, когда имелось осложнение пионефрозом, т.е. диффузная форма осложнялась общей формой почечных заболеваний,—см. случай 40 в диаграмме I. Эти отклонения от типа следует рассматривать как симптом, указывающий на сложную, смешанную форму заболеваний почек.

Из сделанного обзора заболеваний I группы можно видеть, как намечается и определяется та или иная форма почечных заболеваний по функциональным симптомам. А это особенно важно для случаев без патологических примесей в моче, где, кроме болей, нет никаких других клинических признаков заболевания почки. Укажу для примера на два таких случая (см. случаи 11 и 12 в диаграмме I). В обоих имелась только боль в пояснице и ничего более. Рентген N, общая моча — N. Функциональная проба в обоих случаях дала возможность на основании функциональных симптомов, типичных для общей формы заболеваний почек, поставить диагноз гидронефроза, что и подтвердилось при операциях.

Остается рассмотреть последний ряд заболеваний,—заболевания II функциональной группы: подвижные почки, нефриты и случаи, где заболевание почки исключено. Характерно для всех них колебание функции: то понижение, то повышение, для одних—больше, для других—меньше. В частности: при нефритах функциональная проба подтверждает характерное распространение нефритического процесса равномерно на ту и другую почки,—функции почти равны. В исключенных случаях несколько большая разница в колебаниях, но в общем — несущественная, так как не характерна для более или менее ясно выраженного страдания. Такие колебания возможно объяснить рефлекторным влиянием соседнего больного органа: в одних случаях был аппендицит, в других—женские болезни и пр., и эти болезни симулировали почечную колику. Что касается подвижных почек, то можно наблюдать два ряда случаев: в одном ряду имеется только незначительное понижение функции; в другом—у одних и тех же больных при повторных сепарациях наблюдается то понижение, то повышение функции. Возможно, что такая изменчивая подвижность функции вверх и вниз для этого ряда случаев указывает на двусторонность заболевания. Замечу, что и в том и в другом рядах случаев подвижных почек проценты имеют очень незначительные колебания, поэтому позволительно думать, что анатомические изменения в подвижных почках хотя и имеются, но незначительные. Другое приходится наблюдать при сепарациях после операций фиксации подвижной почки: оказывается, что почка далеко не безразлично относится в анатомическом и функциональном отношениях к швам через паренхиму, фиксирующим орган; после операций нефропексим резко падает процентное содержание мочевины в моче фиксированной почки с одновременным падением и абсолютных количеств мочевины,—см. случаи 61 и 70 в диаграмме 2,—и

только через полгода после операции выравнивается процентное содержание при еще не успевших установиться до нормы абсолютных количествах мочевины,— см. случай 71 в диаграмме 2.

Таковы данные функциональной пробы и их значение в функциональной диагностике почечных заболеваний.

В функциональной пробе искали и ищут решения не только диагностических задач, но и решения вопроса о достаточности предполагаемой здоровой почки на случай удаления больной. Вопрос о достаточности нам предстояло решить 18 раз в случаях предстоявшего удаления больной почки. Для выяснения этого вопроса определялось участие каждой почки отдельно в общей работе за сутки по суточному количеству мочевины. Функциональная проба для двух случаев дала нам определенный ответ, указав на абсолютную недостаточность предполагаемой здоровой почки, вследствие чего эти случаи признаны неоперабельными,— см. последнюю графу III функциональной группы в диаграмме 4. Предполагаемая здоровая почка почти совсем не функционировала; на функционирующую больную почку в том и другом случаях приходилось в среднем около 5,0 суточной мочевины, тогда как на здоровую, ничтожно функционирующую, в одном случае—0,2 в среднем, в другом—лишь следы мочевины. Это случай 104— см. диаграмму 3— кистозной опухоли больной стороны с атрофией кистозно перерожденной почки со здоровой стороны; и случай 101— см. диаграмму 3 — рака больной почки со сморщенной почкой здоровой стороны. Вскоре наступившая смерть от уремии подтвердила верность пробы. В остальном громадном большинстве случаев, случаев с относительной достаточностью почки, функциональная проба для решения вопроса о достаточности хотя определенного ответа и не давала, но давала материал для некоторого рода важных соображений, а именно: больше опасения за достаточность предполагаемой здоровой почки имеется там, где больная почка давно уже вовсе не работает, и меньше там, где больная почка еще работает. Это соображение основывается на следующих наблюдениях: для случаев, где больная почка еще работает, уремии после операции не наблюдалось даже и тогда, когда здоровая почка выделяла около 8,0 г суточной мочевины при 2,0 г из больной,— см. случай 3 в диаграмме 1. Между тем, для случаев, где больная почка совсем не работала, для остающейся, якобы здоровой, недостаточно было 15,0 г,— см. случай 1 диаграммы 1,— 18,0 г в среднем было уже достаточно и для этих случаев. См. случаи 2, 7, 8 диаграммы 1.

ПОЛОЖЕНИЯ:

I. В определении функциональной способности каждой почки отдельно имеет значение определение количественного содержания составных частей мочи, главным образом мочевины, из каждой почки отдельно при учете суточного количества мочевины из общей мочи.

II. Количественным определением мочевины выясняется функциональное расстройство почки там, где в процентном содержании мочевины нет никакой разницы для здоровой и больной сторон.

III. Для точного количественного определения функции каждой в отдельности почки служит метод внутривульварного разделения мочи сепаратором Люиса.

IV. Если предполагаемая здоровая почка совершенно не работает, то функциональная проба для этих случаев в вопросе о достаточности на случай удаления больной почки безусловно точна, являясь для остальных случаев важным моментом, определяющим относительную достаточность функции остающейся почки на случай удаления больной.

V. В хирургической диагностике почечных заболеваний функциональная проба имеет очень важное значение:

1) открывает заболевание почки там, где предполагалось, что она здорова; 2) облегчает распознавание там, где заболевание почки не уверенно предполагалось; и 3) сопоставление количественного содержания мочевины с процентным в моче больной почки устанавливает функциональные симптомы, определяющие ту или иную форму почечных заболеваний: общую диффузную и местноочаговую.

*Aus der chirurgischen Abteilung des alten Katherinenkrankenhauses in Moskau
(Vorstandender Dr. W. N. Rosanov)*

Eine Funktionalprobe der Nieren mit der Anwendung des Luyssseparators

Auf Veranlassung von 150 Fällen

Dr. D. A. Grusdev.

Die Funktionsfähigkeit jeder Niere im abgesonderten Zustande wird durch den quantitativen Inhalt der Bestandtheile des Urins, hauptsächlich des Harnstoffes, aus jeder Niere apart mit Berechnung einer täglichen Quantität des Harnstoffes aus der allgemeinen Masse des Harnes festgestellt.

Durch die quantitative Feststellung des Harnstoffes kann sich die Funktionstörung der Niere in solchen Fällen aufklären, wo der Prozeninhalt des Harnstoffes keinen Unterschied wie für die gesunde, so auch für die kranke Seite bietet.

Die Funktionalprobe hat eine erhebliche Bedeutung in der chirurgischen Diagnostik der Nierenerkrankungen: 1) sie enthüllt die Nierenerkrankung dort, wo eine gesunde Niere vorausgesetzt wurde; 2) sie erleichtert das Erkennen der Erkrankung in unklaren Fällen; 3) eine Vergleichung des quantitativen Inhalts des Harnstoffes und des Prozeninhalts im Urin der kranken Niere setzt die Funktionalsymptomen fest laut welchen die oder jene Form der Nierenleiden: eine allgemein eine diffusions- oder eine örtlichherdliche, definiert wird.

ПЯТЬСОТ ШЕСТЬДЕСЯТ ПЯТЬ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЙ

Д-р И. П. Ласточкин

Научная мысль неудержимо идет вперед. Работая в Вологодской губ. больнице с неутомимым, честным хирургом П. П. Мокровским, памяти которого посвящено настоящее сообщение, мы считали, что вопрос о лечении грыж разрешен окончательно, и над ним не стоит задумываться. Операция Бассини при паховой грыже, Прокунина — при бедренной и Сапезко — при пупочной считались операциями выбора. Делая вместе до 70 свободных грыжесечений в год с 0% смертности, имея 5% нагноений и 3—4% гематом, в особенности при бедренных грыжах, мы считали получаемые нами результаты весьма хорошими. Знакомясь по отчетам с работой других хирургов губ. больниц, можно было заключить, что лечение грыж как бы застыло в неподвижных формах, и каждый хирург, несмотря на то, что всех операций при грыжах предложено до ста, выбирал себе свой излюбленный способ и по нему оперировал. Такими способами были Бассини, Кохера, Ру, Боброва, Жирара.

Шли годы, накаплился самостоятельный опыт, развивалось учение о пересадке тканей. В свете новых достижений хочется разобратся в вопросе о лечении грыж заново, хочется поделиться некоторыми особенностями своих случаев, тем более, что материал в 565 грыжесечений довольно значительный. Хочется ответить на вопрос, как оперировать, чем закрывать паховый канал, удалять мешок или нет, как поступать с канатиком. Хочется проследить, наконец, осложнения грыж, а также отдаленные результаты.

За 14 лет (1912—1926) через мои руки прошло 500 больных, страдавших грыжами, которым сделано 565 грыжесечений. Работа протекала в три периода: первый обнимает 5 лет — в Кадниковской земской больнице и на фронте до 1918 года. — 183 грыжесечения, второй — 5 лет в 4-м Евгеньевском госпитале в г. Орше — 172 грыжесечения, и третий — в Юрьевецкой хирургической больнице с 1923 года — 210 грыжесечений.

95% грыжесечений сделано мною по Бассини, 4% — по Кохеру, и лишь 1%, и то за последний год, — по Жирару. За исключением детей и некоторых ущемленных грыж (75 случаев), все остальные операции (490) произведены под местной инфильтрационной анестезией 0,5% кокаином с предварительным впрыскиванием за четверть часа 0,01 г морфия. Обработка операционного поля по Гроссиху. Подготовка больных — лишь накануне ванна и слабительное. В послеоперационном течении —

со второго дня позволяю поворачиваться на бок. Швы снимаю на восьмой день. На фронте и в 4-м Евгеньевском госпитале до 1923 года работал в перчатках. Шил шелком. Мешок тщательно выделялся и лишь в силу больших сращений и рубцов — в 5—6 случаях — не выделен; перевязывался чуть выше шейки кисетным швом. Культия глубоко уходила в брюшную полость. Швы на канал накладывались очень тщательно, без особого натяжения, не более 4.

Из 500 больных у 200 прослежены более или менее отдаленные результаты (от полугода до 3 лет), причем рецидив получился в 9 случаях (7 после паховых и 2 после бедренных грыж), что составляет 4,5%. Нагноение получилось в 23 случаях, что составит 4 с небольшим процента. Значительное число нагноений я получил в то время, когда работал без перчаток, при недостаточно воспитанном персонале в 1923/24 году в г. Юрьевце.

По Кохеру я оперировал грыжи с небольшим мешком, с узкой паховой щелью. Полученными результатами остался очень доволен и считал способ Бассини, способ образования нового пахового канала с закрытием прежнего дефекта мышечным пластом — „торжеством современной хирургии“ (Тихов).

За последнее время, при очень запущенных, больших старческих грыжах, при рецидивах, при грыжах прямых, словом там, где мышцы почти отсутствуют, я стал прибегать к видоизмененному способу Жирара с удвоением апоневроза, оставляя как натик на прежнем месте.

По возрасту больные разделяются:

До 1 года —9	5—10 лет —21	20—30 лет —199	40—50 лет —70
1—5 лет —32	10—20 „ —24	30—40 „ — 65	свыше 50 лет —80

Как видно из таблицы, я охотно оперирую грыжи в детском возрасте, так как нежность тканей, хорошо выраженные мышцы позволяли мне быстро и радикально излечивать таких детей от страдания, тем более, что послеоперационный период протекал у меня хорошо, и на 62 случая грыжесечений до 10 лет я наблюдал 3 случая нагноения.

Однако наркоз у детей протекает плохо, и рану весьма трудно содержать в чистоте. Я знаю, что большое число детских грыж с возрастом значительно сокращается. По диаграмме Круглевского, из 100 грыж до 1 года к 10 годам остается 30 (цитирую по Крымову). В силу этого, вопрос о лечении грыж у детей решается различно.

Д-р Шиловцев, например, выставляет следующее положение: „Не ущемленные грыжи у детей до года — ввиду сравнительной редкости ущемления, опасности наркоза и кровотечения, невозможности держать рану в чистоте, миниатюрности анатомических отношений, следует оперировать при известных показаниях (раньше бывшее ущемление, или причиняемые грыжей значительные страдания)“.

Мужчин было 385, женщин 53, детей 62. По занятиям они распределялись: рабочих и служащих —121, крестьян и занятых сельским хозяйством —178, красноармейцев —139, прочих —62.

Мужчины, как видно, в силу их анатомического устройства паховой области, так и большого физического труда в 6—7 раз больше страдают грыжами. Хотя цифры других авторов значительно расходятся, давая более высокое соотношение (до 20:1), но факт этот особого значения не имеет, так как в этиологии грыж главную роль играет несовершенство анатомического строения паховой области. Известно, что Южным трестом был поставлен грандиозный опыт: было обследовано 180 000 человек, накладывающих в шахтах ежедневно 350 вагонеток угля по 100 пудов каждая, и из них только у 350 чел. наступила грыжа.

Операций было — при свободных грыжах — 505 при 0% смертности, при ущемленных грыжах — 60 при 16,6% смертности, причем из 60 ущемленных грыж в 21 случае была сделана резекция кишки с 9 смертными исходами, таким образом при резекции кишек процент смертности равен 42,8.

Паховых грыж было — 498, бедренных — 32, пупочных — 28, белой линии — 6, послеоперационных — 1.

Из паховых и бедренных: правосторонних — 345, левосторонних — 119, двусторонних — 66.

Остановимся сначала на свободных паховых и бедренных грыжах. Наиболее важный в практике вопрос: какой из предложенных способов лучше уничтожает дефект брюшной стенки и менее всего дает рецидивов. Несомненно, что в выборе метода операции анатомические особенности пахового канала должны иметь колоссальное значение, так как статистические данные сборных статистик и даже одного автора дают пеструю картину, например: в руках одних авторов способ Кохера дает мало рецидивов, в руках других — много. То же — способ Боброва. Поэтому статистический метод для проверки операции приходится оставить, как метод субъективный.

В настоящее время большинство видных клиницистов и профессоров старается сдвинуть способ Бассини с первого места, указывая на главный его недостаток, — помимо травматичности в отношении канатика, — на то, что пришитые мышцы перерождаются и обращаются в соединительную ткань, что доказано экспериментальными опытами; ранее — Заржецкого, Крымова, в последнее время — Хесина у нас, и целым рядом американских хирургов. Это нужно сказать в отношении всех способов с мышечной пластикой. Далее указывают, что при высоком паховом треугольнике, при расходящихся мышцах, способ Бассини трудно выполним, и подвести мышцы к пупартовой связке, без сильного натяжения их, невозможно. Способ Венгловского еще более способствует расхождению пучков мышц (Мартынов на XVIII съезде). Но во всякой ткани, — говорит проф. Напалков, — „необходимо различать величину упругости и совершенство упругости. Соединительная ткань обладает высокой упругостью, но не совершенною; мышцы же — невысокою упругостью, но совершенною“. На основании этого принцип Бассини можно считать рациональным, но нужно индивидуализировать его: 1) в зависимости от разновидности грыж и анатомических усло-

вий данной области; 2) от возраста и пола; 3) от величины и давности; 4) от состояния внутрибрюшного давления.

Прямые грыжи с широкой шейкой грыжевого мешка с широким паховым треугольником никто, конечно, не станет делать по Бассини; наоборот, косые грыжи с узкой шейкой, с узкой паховой щелью, с сильными мышцами делать по Бассини — вполне будет правильно.

При маленькой грыже у молодых людей хорош способ Кохера; наоборот, у старых людей, при косых грыжах, когда мышцы выражены весьма слабо, самый подходящий — способ Жирара с апоневротической пластикой, причем пришивать отдельно мышцы к пупарту нет надобности, можно это делать за один момент вместе с апоневрозом.

Способы Ру, Кохера также применяются многими хирургами и дают от 5 до 10% рецидивов. Их недостаток — работа втемную: можно совсем не захватить в шов мускульного слоя, а стянуть один только апоневроз.

Таким образом нет и не может быть одного способа для всех грыж. Хотя способ Бассини и отодвигается с первого места, но, по нашему мнению, основанному на 500 с лишним грыжесечениях при 4,5% рецидивов, способ этот попрежнему должен стоять на высоте, как принцип, и, только принимая во внимание анатомические условия в каждом отдельном случае, нужно сделать самый простой и надежный способ операции. Есть целый ряд клиник и хирургов, которые оперируют паховые грыжи также почти на все 100% по Бассини: Гессе, Напалков, Щеглов, Михалкин, Богораз, Покотило, Абражанов и многие другие (доклад Линдберга).

Состояние внутрибрюшного давления играет большую роль в этиологии грыж вообще и рецидивов в частности. Оно складывается: 1) из тонуса брюшной стенки; 2) из физических свойств брюшных органов, давление которых постоянно меняется; 3) из волевых и рефлекторных импульсов. Ослабление всех этих моментов или даже одного из них, например, брюшной стенки, ведет к выпиранию внутренностей наружу.

Рецидивы грыж получаются по всем способам и зависят от нагноения, от бывшей гематомы, технических ошибок, раннего вставания, но, главным образом, от анатомических особенностей данного больного, а равно и от конституции его. Известно, что цилиндрическая форма живота с широким тазом (так называемый женский тип) более предрасполагает к грыжам.

Сама техника операции не может, конечно, не влиять на успех ее в отношении рецидива. Препаровка острым скальпелем, полное закрытие брюшной воронки, высокое отсечение мешка без фиксации его к мышцам, никакого натяжения мышц — все эти детали не безразличны так же, как и материал для швов. У проф. Мартынова было больше рецидивов, когда он от шелка перешел на кетгут, почему он и вынужден был снова вернуться к шелку.

При операциях паховой грыжи, по примеру своего учителя я большое внимание уделяю мешку, тщательно его осматриваю

и стараюсь выделить целиком. Причем на своем материале мне приходилось наблюдать все те изменения мешка, которые так хорошо и наглядно описаны за последнее время в работе Воскресенского из Рязанской губ. больницы, который между прочим выставил положение: „Метод операции грыжесечения с оставлением грыжевого мешка на месте и перевязкой его у шейки не может считаться применимым во всех случаях, ввиду возможности различных заболеваний стенки мешка, опухолей и стриктур, могущих впоследствии дать образование кист“, с чем, по-моему, нельзя не согласиться.

Бедренные грыжи я оперирую также по Бассини, пришивая паховую связку к Куперовой, а полулунный край овальной ямки — к апоневрозу гребешковой мышцы, и не имею основания раскаиваться, так как рецидивы наблюдал лишь в 2 случаях из 32.

Мышечная пластика по Прокунину, в силу того, что сказано о ней выше, теперь почти всеми оставлена. Выступив на самостоятельную работу, я также скоро оставил ее, ввиду сложности и наблюдавшихся кровотечений.

На XVIII съезде хирургов Г. Ф. Патрашевская рекомендовала способ операции, предложенный итальянским хирургом Руджи, — способ превращения бедренной грыжи в паховую. Разрез кожи и апоневроза, как при последней. После этого вскрывают, отодвигая канатик кверху, поперечную фасцию и уже отсюда начинают выделять мешок. Перевязывают его высоко, отсекают, и затем 3—4 швами сшивается паховая связка с Куперовой, и восстанавливается паховый канал. Способ был приветствуем.

Из осложнений после паховых и бедренных грыжесечений я наблюдал гематомы 17 раз, отек мошонки 11 и пневмонию 7 раз и должен сказать, что применение местного обезболивания несомненно уменьшает количество пневмоний после операций вообще, что подмечено у меня на большом опыте и больших цифрах.

В одном случае после операции свободной паховой грыжи наблюдалась непроходимость кишок, вызванная глистами. Случай описан во „Врачебной газете“ 1923 г., № 21—22.

Пупочные и грыжи белой линии я оперирую по Сапежко и весьма доволен этим способом.

Из 60 ущемленных грыж 8 раз было пристеночное ущемление (рихтеровская грыжа), в 3 из этих 8 случаев подозрительное место на кишке было инвагинировано. В значительном большинстве случаев ущемленными оказались тонкие кишки, два раза ущемлялась слепая кишка справа и один раз — слева и червеобразный отросток слева; один раз найдена в грыжевом мешке матка слева у девочки; один раз встретилось перекручивание брыжейки тонкой кишки; три раза ущемленным оказался сальник при пупочной грыже и один раз — при паховой в чистом виде, хотя вместе с кишками ущемление сальника наблюдалось еще несколько раз.

В одном случае я встретил ущемление у ребенка до 1 года. Это был мальчик с левосторонней паховой грыжей. Ущемлен-

ной оказалась петля тонких кишок, дело обошлось без резекции. Операция под хлороформом. Окончилось хорошо.

Случаи ущемления грыж у детей встречаются сравнительно редко. Объясняется это тем, — говорит проф. Крымов, — что ткани в детском возрасте обыкновенно бывают нежны и эластичны, а потому и не могут оказывать энергичного сопротивления при прохождении через них внутренностей в смысле сжатия последних.

Интересно, что большинство ущемлений у детей приходится на возраст от 6 месяцев до 1,5 года — время, когда ребенок переходит от грудного питания к общему, начинает ходить, когда имеющееся незаращение брюшного отростка может усилиться. Д-р Шиловцев из клиники Разумовского собрал около 400 случаев ущемленных грыж у детей, из них мальчиков в 15 раз больше, чем девочек, и в 10 раз больше паховых грыж, чем бедренных.

Можно ли вправлять грыжи у детей? Вопрос решается различно. Лично я, никогда не вправляя грыжу у взрослых, никогда не решился бы вправить ее и у детей, зная все скверные последствия вправления грыжи у взрослых вплоть до перитонита. Д-р Шиловцев в вышеупомянутой работе отрицательно относится к вправлению, а Гуляев из Морозовской больницы выставил даже положение: „Некрозавое вправление ущемления нежными приемами не только допустимо, но и желательно“.

Попутно скажу два слова о бандаже. Относясь к нему резко отрицательно у взрослых, так как кроме худого (увеличения кольца, рубцовых спаек на мешке) я от него ничего не видел, у детей в некоторых случаях ношение бандажа можно допустить, так как грыжа у них легко может исчезнуть.

Самый интересный вопрос — как оперировать ущемленные грыжи?

Как уже сказано, я никогда не прибегаю к вправлению, так как оно не достигает цели, а если и достигает, то, работая вслепую, можно вправить омертвелую кишку и вызвать перитонит. В лучшем случае вправление — это отсрочка опасности, а не уничтожение ее.

Я никогда не делаю анус претернатуралис. Опирируя всегда таких больных под местной анестезией по простому инфильтрационному методу, как и большинство полостных операций за последние три года, мне нечего бояться опасности наркоза, чтобы немного удлинит операцию и сделать ее радикально.

Операция ануса, помимо ее неприятности, не устраняет опасности перитонита, так как на приводящем и отводящем концах может быть некроз стенки; выход каловых масс далеко не обеспечен и в будущем такому больному придется делать еще не менее сложную и опасную операцию закрытия свища. Операция ануса допустима как исключение. Самый коварный вопрос — когда резецировать кишку?

По виду сказать определенно бывает нельзя: иногда и потемневшая кишка остается живою. Для омертвения кишки характерен гангренозный запах, серовато-бурый цвет, помутнение

серозного покрова и, что не менее важно, уплотнение брыжжейки и тромбоз сосудов. Если же кишка блестяща, темный цвет ее на глазах изменяется от теплого солевого раствора, и если она начнет перистальтировать, то такую кишку можно считать жизнеспособной.

До настоящего времени,—говорит проф. Крымов,—мы не обладаем ни одним способом безошибочного определения жизнеспособности кишки, но таковые все-таки предложены.

Способ Керте — покапывание на ущемленную кишку 50% раствора поваренной соли. При жизнеспособности кишки получается сокращение. Идентичен с ним способ Нотнагеля (поваренная соль в чистом виде). Есть еще способ надреза кишки, чтобы по появлению кровотечения судить о годности или негодности ее.

И нередко приходится задумываться — резецировать кишку или нет, так как последняя часто бывает подозрительной в смысле омертвения. В том случае, если подозрительная кишка очень больших размеров, я вправляю ее в брюшную полость и в нижний угол раны вставляю тампоны, при небольших подозрительных участках чаще резецирую. Но только опыт хирурга может в точности решить вопрос о необходимости резекции.

Не безынтересен вопрос о послеоперационном течении и осложнениях. Первое — это паралич кишечника. Из-за него я потерял больного. Чтобы хотя отчасти избежать этого, хорошо пред операцией промыть желудок, влить солевой раствор и впрыснуть стрихнин под кожу. Одну больную я потерял вследствие изнурительного поноса. Больная была крайне истощена и видимо раньше страдала какой-то болезнью кишок, быть может туберкулезом. В 6 случаях смертные исходы объяснялись запущенностью и плохим сердцем старых больных; и лишь в одном случае, на 10-й день после операции, я потерял крепкого, средних лет больного, которому была сделана резекция кишки. Первые 8 дней он чувствовал себя хорошо, были сняты швы, но на 9-й день, после погрешностей в диете, „в животе что-то отвалилось“ (наверное, разошлись кишечные швы), и больной через 2 дня погиб от перитонита.

Из осложнений ущемленных грыж, считаю полезным упомянуть о разрыве кишки вдали от места ущемления после ушиба грыжи.

Дело шло о женщине М. П. 44 лет, Юрьевецкого уезда, с невинной левосторонней паховой грыжей. 16 сентября 1925 г., на работе, больная получила по грыже удар ногой, от которого свалилась. Доставлена с признаками ущемленной грыжи. Температура 38°, пульс 100, язык обложен, глаза впали, была рвота, живот вздут, тверд, как доска. При операции найдено: в грыжевом мешке гнойная мутная жидкость. Петля тонкой кишки, размерами до 20 см, гиперемирована, в налетах, не ущемлена; кольцо свободно пропускает 2 пальца. Не найдя в грыжевом мешке ничего, что могло бы вызвать перитонит, я продолжил разрез сверху. Все кишки были в гнойных налетах. На одной из петель тонких кишек обнаружено отверстие, величиною не

более 0,5 см, из которого шел кал. Дефект в кишке зашит. Попутно удален отросток. На брыжжейке его и в области слепой — особенно много налетов. Вставлено 2 больших тампона в рану. Первые два дня самочувствие плохое — рвота, частый пульс, но в дальнейшем — хорошее, и больная 22 октября выписалась здоровой.

Вопрос о лопаньи кишечника при целости брюшной стенки и до сих пор не вполне ясен. Наиболее распространенная теория Бунге за последнее время оспаривается. Он полагает, что в норме лопанье кишечника невозможно, так как давление в брюшной полости равномерно со всех сторон; это возможно только при наличии грыжевых ворот, куда и устремляется кишка, как в место наименьшего сопротивления, и здесь лопается. Известен его опыт с шариком, заключенным внутрь шприца. Хаим, напротив, думает, что грыжевой мешок может даже предохранить кишку от разрыва, так как при повышении давления часть кишечника уходит в грыжевой мешок. Гуревич на основании опытов приходит к тому взгляду, что лопанье кишок происходит вследствие неравномерного повышения внутрикишечного давления при неравномерном распределении давления в брюшной полости.

В нашем случае теория Бунге не может объяснить факта разрыва кишки далеко от грыжевых ворот. Видимо она лопнула в силу разности внутрикишечного давления в месте наименьшего сопротивления.

В заключение, мне хочется привести редкий случай послеоперационной грыжи (см. фотографии) у женщины 34 лет, крестьянки А. Р., Завражной вол. Интерес данного случая в том, что существовавшая 8 лет, достигшая огромных размеров грыжа, вправимая, осложнилась беременностью, и, когда она достигла 5 месяцев, грыжа перестала вправляться, вызвала сильные боли, расстройства кишечника, и в таком состоянии больная доставлена ко мне 18 мая с. г.

Анамнез: 12 лет тому назад хирург М. сделал ей операцию по поводу бывшего у ней пузырновлагалищного свища, открывавшегося на 3 см выше передней губы шейки матки (остатки свища были, и при поступлении моча шла и через свищ и нормально).

Разрез, видимо, был по Пфанненштилю. Рана заживала с сифоном. Больная пролежала три месяца, операционная рана зажила, но свищ совсем не закрылся. Через год после операции больная вновь забеременела и родила живого ребенка. После вторичных родов получилась видимая на фотографии грыжа, спускающаяся до колен, напоминающая пудовик муки с привязанным шаром величиною с большой апельсин. Внизу помещалась беременная на шестом месяце матки, выше — почти все петли тонких кишок. Моча больше идет через свищ. Стенки влагалища как вокруг свища, так и сзади изъязвлены, в грязных белых налетах с инкрустацией солями. Грыжевые ворота (дефект в брюшной стенке над лобком) круглой формы, в них убирается большой кулак.

19 мая, сколько возможно, очищено влагалище от налетов, освежен свищ, наложены швы. Вставлен иодоформовый тампон во влагалище. 22 мая операция под кокаином с предварительным впрывкиванием морфия. Разрез овальный, у основания грыжевого выпячивания.

Сильное истончение кожи и апоневроза, как писчий лист бумаги; сразу же вскрылась брюшная полость. Узкой лентой, в 3 см ширины спускался сальник к дну мешка и там прирос компактной массой, давая вышесказанное выпячивание (шар) на конце кожи. Сальник резецирован, кишки заправлены, матка выведена в рану, по просьбе больной перевязаны трубы. Приступлено к классическому кесарскому сечению. Разрез матки через дно по Фричу. Извлечен пятимесячный плод мужского пола. Матка скоро сократилась и зашита двухэтажным кетгутовым швом. Вентрофиксирована, чтобы закрыть грыжевое отверстие в брюшной стенке. Апоневроз с брюшной сшиты в поперечном направлении. Затем кожа отсепарована во все стороны и сделано пластическое удвоение апоневроза в продольном направлении. Кожа наглухо. Прекрасное послеоперационное течение. 5 июня при выписке больная вновь сфотографирована. Чувствует себя хорошо, мочится нормально.

Вопрос о частоте послеоперационных грыж разработан Абелем, который собрал 586 больных, оперированных в Лейпцигской клинике (цитирую по Крымову). Частота зависит от способа заживления ран, от способа зашивания, а также большую роль играет сам разрез. В настоящее время большинство хи-



До операции



После операции

пуповины находит, что столь излюбленный разрез по белой линии нельзя назвать нормальным (Волкович).

Д-р Богоявленский пришел к выводам, что для предупреждения грыжи разрез лучше переносить на мышечную часть брюшной стенки, мышцы не пересекать, щадить их иннервацию, употреблять рассасывающийся материал для швов или зашивать глубокими съемными швами и всеми способами стараться в короткое время получить прочную спайку первым натяжением.

На основании изложенного я прихожу к следующим выводам:

1. Способ Бассини при паховой грыже, давший мне 4,5% рецидивов, при 4% нагноения, попрежнему должен стоять на высоте; отступления возможны в каждом отдельном случае в соответствии с анатомическими особенностями.

2. Для бедренных грыж самым простым и надежным способом должен оказаться способ Руджи.

3. Рецидивы грыж получаются по всем способам и зависят не столько от технических ошибок в широком смысле слова, как бы они ни были важны, сколько от строения и конституции данного больного и условий его работы.

4. Местное обезболивание по инфильтрационному способу применимо не только для грыж, но и для большинства полостных операций; оно несомненно дает меньше послеоперационных пневмоний, чем общий наркоз.

5. Ущемленные грыжи в раннем детском возрасте встречаются редко. Необходима радикальная операция, несмотря на возраст.

6. Вправление ущемленной грыжи как у взрослых, так и у детей должно быть оставлено.

7. Бандаж у взрослых приносит только вред; у детей может вести к уничтожению грыжи.

8. Радикальная операция (резекция кишки) при омертвлении ее в случае ущемления должна считаться операцией выбора.

9. Точных способов определения жизнеспособности кишки в подозрительных случаях нет; вопрос о резекции ее решается опытом хирурга.

10. Пред операцией ослабленным больным с ущемлением кишок необходимо промывать желудок, вливать солевой раствор, а до и после операции впрыскивать стрихнин.

11. При лопаньи кишки, когда брюшная стенка цела, трудно объяснить все сложные патолого-анатомические процессы, какие происходят в то время в организме человека.

12. Для предупреждения послеоперационных грыж, разрез лучше вести через мышцу, щадя ее, сохраняя иннервацию, употребляя рассасывающийся материал и стараясь получить прочную спайку первым натяжением.

ПЕЧАТНЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Воскресенский. Аномалии и болезни грыж мешка. НХА, № 37—38.
2. Гуляев. К клинике ущемленных грыж у детей. НХА, № 36.— 3. Гусев. Некоторые данные после 1000 грыжесечений. НХА, № 32.— 4. Дивавин. Результаты оперативного лечения грыж. НХА, № 15—16.— 5. Доклады и прения

на XVIII съезде хирургов, помещенные в „Трудах съезда“.— 6. К р ы м о в. О лопании кишечника. НХА, т. VIII, 1.— 7. К р ы м о в. Учение о грыжах.— 8. К р ю к о в. К методам радикальной операции бедренной грыжи. „Вестник хирургии“, 1926, кн. 19.— 9. М а р ь я н ч и к. Операция паховых грыж по способу удвоения апоневроза. 10. Т и м о ф е е в. Пластический способ грыжесечения.— 11. Т и х о в. Частная хирургия.— 12. Ш и л о в ц е в. Ущемленные грыжи в детском возрасте.

(From the Surgical Hospital of Jurievetz. (Chief Dr. I. P. Lastochkin)

Five hundred and sixty five hernia sections

Dr. I. P. Lastochkin

In cases of inguinal hernia (groin hernia) the Bassini-method is to be considered as a method principally standing up to the mark. Deviations are admitted in individual cases in accordance with anatomical peculiarities.

Relapses of hernia may happen whatever method is used and depend not so much from technical errors as from the constitution of the patient and from the condition of his labour.

For weak patients with strangulated hernia it is necessary before the operation to make a lavage of the stomach, to pour in salt-solution and to sprinkle strichnine.

ФАСЦИАЛЬНЫЙ ШОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НАДКОЛЕННИКА *

Д-р В. И. Рождественский

*Посвящается дорогому учителю
Павлу Павловичу Мокровскому.*

С переломами надколенника хирургам приходится встречаться сравнительно редко, так как они составляют малый процент по отношению к другим повреждениям костяка. Проф. Тихов за свою многолетнюю врачебную деятельность наблюдал три случая перелома надколенника. В Московской Старо-Екатерининской больнице при ее богатейшем материале за 15 лет было 18 случаев перелома надколенника. В Обуховской больнице за 10 лет было всего 12 случаев. В Череповецкой губернской больнице за последние 3 года на 300 случаев переломов вообще имели возможность наблюдать один случай перелома надколенника.

Причину данного заболевания может быть или непосредственное действие травмы на надколенник, или же перелом происходит косвенным путем вследствие сильного сокращения четырехглавой мышцы бедра, которое может проявиться при резком скачке или во время падения на согнутую ногу при резком сгибании, что мы и наблюдали у нашей больной. Анатомически переломы выражаются в нарушении целостности надколенника, чаще в поперечном направлении, в косвенном и редко в продольном, но иногда наблюдались случаи множественного перелома. Клинически данное страдание выражается в том, что больные не могут согнуть колена, при попытке встать или ходить больная нога непроизвольно подгибается, и, кроме того, при ощупывании надколенник представляется состоящим из двух половин.

Интерес хирургов в вопросе о данном заболевании сосредоточивается на лечении переломов надколенника. В период антисептический до 90-х годов лечение проводилось консервативно: неподвижными повязками и массажем; костные сращения не превышали 30%, и часто наблюдались вторичные разрывы соединительнотканной спайки. Оперативное лечение заключалось в соединении отломков серебряной проволокой, давая удовлетворительные результаты 52,1%, и в большинстве случаев вело к костному соединению, но зато смертность достигала 7,8%.

С развитием асептического метода консервативное лечение в терапии переломов надколенника уступает активному методу

* Доложено с демонстрацией больной Череповецкому Научному обществу врачей 23 января 1926 года.

вмешательства, и общепринятое мнение почти всех авторов в настоящее время таково, что все случаи, как свежие, так и застарелые, должны быть лечимы не иначе, как применением костного шва. Бергман оперировал 45 случаев перелома надколенника и получил костное соединение в 40 случаях, фиброзное сращение получилось в 3 случаях и рецидив — в 2 случаях. Трудоспособность восстановилась у 25 чел. на 100%, у 5 чел. — на 75% и у 15 чел. — на 50%.

Идеал хирургического лечения перелома надколенника — получить костное соединение, но Билльрот, Бергман (Billroth, Bergmann) и другие авторы говорят, что даже фиброзного соединения вполне достаточно, чтобы облегчить больному ходьбу и пользование поврежденной конечностью. Отдавая оперативному вмешательству при переломах надколенника преимущество, хирурги ищут наиболее усовершенствованных методов, так как у большого процента больных, по статистике Бергмана, не восстанавливается полностью трудоспособность, тем более, что металлический шов, применяемый при переломах надколенника, или шелк, применяемый по способу Шульца (Schultz), чреватые, в особенности первый, печальными возможностями, ввиду того, что они не рассасываются; а, во-вторых, Брунс (Bruns) наблюдал случаи, когда металлический шов ломался, и кусочки, попадая в сустав, вызывали воспаление с последующим анкилозом.

Поэтому русские хирурги, а за последнее время и в Германии, стараются заменить металлический и шелковый швы — живой фасциальной тканью, взятой у самого больного. Проф. Греков наблюдал два случая перелома надколенника, где была применена пересадка фасции, и отмечает хороший результат. В Московской больнице имени Достоевского в течение 1924 года было три случая свежих переломов надколенника, во всех случаях был применен оригинальный метод соединения костей по проф. Голяницкому, и получился хороший результат. По вышеупомянутому методу была оперирована мною наша больная. Подробности этого оригинального метода я укажу в краткой истории болезни.

Больная Лысенкова А. 50 лет, гражд. Череповецкого уезда. 3 ноября 1925 года переведена в хирургическое отделение Череповецкой губернской больницы из больницы Водного транспорта. Анамнез: 22 октября 1925 года больная упала на льду; при падении правая нога, согнувшись в коленном суставе, подвернулась под ягодицу, и больная тотчас же почувствовала мучительную боль в колене, с помощью рук она разогнула ногу и хотела было встать, но нога вновь подвернулась, и только случайно проезжавшие мимо подобрали больную и доставили домой. Больная дома делала попытки ходить при помощи веревочной петли, которую надевала на больную сторону, но ввиду сильной и болезненной припухлости коленного сустава она была направлена в больницу Водного транспорта, куда 31 октября и была принята. Раньше ничем не болела. Родов было шесть, один выкидыш; все дети живы и здоровы.

Объективное исследование: больная среднего роста, питание несколько ослаблено. В легких встречаются сухие хрипы. Со стороны сердца норма. Правый коленный сустав значительно утолщен. Отек кожи, колена, голени, стопы. При ощупывании боль в области коленной чашечки и щель между отломками в поперечном направлении шириною в 2,5 см. Флюктуации в суставе нет. Пассивное сгибание в суставе не возможно вследствие резкой болезненности. Со стороны других органов норма. Моча прозрачна, белка нет.

10 ноября 1925 года произведена операция под хлороформным наркозом. Продолжительность наркоза — 1 ч. 30 м., операции — 1 ч. 15 м. Хлороформу дано 25,0, перед операцией введено 0,01 морфия. Операционное поле обработано по способу Гроссига. На наружной поверхности правого бедра разрез в 20 см длины до фасции, из нее иссечена полоска в 16 см в длину и в 2,5 см в ширину. Разрез фасции и кожа зашиты шелком в два ряда швов. Фасциальная пластинка заключена в салфетки, смоченные горячим солевым раствором, после чего на уровне суставной линии правого коленного сустава сделан разрез от мыщелка до мыщелка, выпуклостью кверху, которым была вскрыта полость сустава, наполненная свернувшейся кровью.

Перелом надколенника оказался косым, линия перелома имела направление сверху—снаружи, книзу и кнутри. Интерпонируемые ткани иссечены, сгустки крови из сустава удалены. Поверхности перелома надколенника острой ложечкой освежены и костными крючками сближены до полного их соединения. Затем у пункта прикрепления четырехглавой мышцы¹ к надколеннику в его сухожилии, а также в собственной связке надколенника скальпелем по фронтальной плоскости прорезаны во всю толщу сухожилий щели, и посредством кохеров проведена через вновь образованные щели фасциальная пластинка. При максимальном ее натяжении образовано фасциальное кольцо, концы которого заведены друг за друга и фиксированы рядом матрасных швов. Кожная рана зашита наглухо. Положена обычная мягкая повязка, нога в разогнутом состоянии заключена в деревянную шину.

Послеоперационное течение гладкое, без повышения t° , на 14-й день сняты швы — *gripa*. Расхождения отломков нет, при движении надколенника отмечается боль. Через несколько дней после снятия швов назначены массаж и врачебная гимнастика. 23 декабря больная ходит без палки самостоятельно, сгибание несколько ограничено, небольшой отек голени и стопы; 8 января 1926 года больная выписалась, болей при ходьбе не отмечает, отека нет. Сгибательные движения незначительно ограничены, получилось полное костное соединение отломков надколенника, который благодаря костной мозоли утолщен по сравнению с левой ногой. Во время массажа и врачебной гимнастики всегда при пассивных движениях больная оказывала большое сопротивление ввиду болей, и этим можно объяснить, почему не удалось восстановить вполне функции больного сустава, но в дальнейшем, путем активной гимнастики, при ослабленной мускулатуре бедра может вполне восстановиться функция сустава.

Описываемый мною случай лишний раз служит доказательством, что такого рода операция является в настоящее время наиболее целесообразной, главным образом потому, что, во-первых, дает костное сращение отломков, во-вторых, не имеется никаких сомнений за будущее больного, что наблюдалось при других способах, и, наконец, подобное оперативное вмешательство ведет к наилучшему восстановлению поврежденной конечности и вполне может восстановить трудоспособность больного. На-днях больная показывалась мне, причем она ходит совершенно свободно, болей не чувствует, функции сустава вполне восстановились, и в настоящее время она исполняет все тяжелые крестьянские работы.

*From the Surgical Department of the Government Hospital of Cherepovets
(Chief Dr. V. I. Rozhdestvensky)*

Fascia-suture in cases of fraction of the upper-knee

Dr. V. I. Rozhdestvensky

The described operation gives a solid knitting of the bone, restores the function of the damaged member and secures previous capacity for work by the patient.

К ВОПРОСУ ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Д-р В. И. Рождественский

Выпадение прямой кишки есть клиническая форма заболевания прямой кишки и ближайших к ней образований, характеризующаяся опущением ее через анальное отверстие.

Сущность генеза данного страдания должна сводиться к следующему: при выпадении прямой кишки должны существовать врожденные или приобретенные аномалии в подвешивающих и подкрепляющих кишку образованиях. К этим образованиям следует отнести брыжжейку кишки и отчасти брюшину, переходящую с мочевого пузыря, а у женщин — с матки на кишку в виде складки или кармана, а также тазовое дно с мышечным и фасциальным аппаратами. Если налицо имеются врожденные или приобретенные недостатки в упомянутых образованиях, то тем самым создаются благоприятные условия для того, чтобы внутрибрюшное давление постепенно низдавливало бы углубление брюшинной складки и в конечном результате давало бы выпадение кишки. Само собой разумеется, что повышение внутрибрюшного давления может служить причиной образования приобретенных аномалий, как то расслабления прикрепляющих и поддерживающих прямую кишку образований, создавая при этом благоприятные условия для данного страдания.

Этиологическими моментами выпадения прямой кишки служат все те болезни, которые сопровождаются воспалительными изменениями ее стенок, и, кроме того, течение их сопровождается повышением внутрибрюшного давления, например: острые энтероколиты, дизентерия, проктиты и пр. Далее, выпадению кишки способствуют те моменты, при которых получается чрезмерное повышение внутрибрюшного давления, например: коклюш, фимоз, камни пузыря, гипертрофия простаты, стриктуры уретры; заболевания печени, опухоли брюшной полости, повышающие давление, вызывают расстройство кровообращения в нижнем отделе кишечника и вместе с тем отечность в тазовой клетчатке и в околоректальных образованиях, что предрасполагает к ослаблению связей прямой кишки и анального отверстия.

Для известного ряда случаев можно говорить о врожденных предрасположениях прямой кишки к выпадению, этим объясняется частота данного страдания у маленьких детей после перенесенных кишечных заболеваний. И, наконец, в этиологии пролапса кишки можно встретить ослабление мускулатуры тазо-

вого дна, которое наблюдается у женщин после многократных родов, у людей, перенесших тяжелые заболевания и сильно истощенных, и т. д.

С анатомической стороны различают две главные разновидности этого страдания, а именно: частичное выпадение слизистой оболочки и выпадение всей кишки. На клинической картине я не буду останавливаться, ввиду ее характерности. Что же касается лечения, то профилактические мероприятия — назначение известной диеты, с целью устранения запоров и переполнения кишечника содержимым, — не ведут к желательной цели, а приносят больным временное облегчение. Такого рода больные сильно тяготеют к данным заболеванием и ищут более радикального способа лечения, каковым является операция.

При выпадении прямой кишки предложено много способов оперативного вмешательства, подробно я на них останавливаться не буду, но упомяну лишь, что операции Тирша, Брунна технически очень просты, но дают до 15% неудач, так как не устраняют причины страдания. В детском возрасте, благодаря восстановлению напряжения тканей, они дают лучший результат. Операции, создающие опору прямой кишке не только в области заднего прохода, но и в области тазового дна, распространены сравнительно мало; в нашей стране пользуется большой популярностью операция Вредена-Герзуни с перекручиванием кишки, но этот способ не физиологичный, так как при нем перерезаются и перекручиваются не только сосуды, но и нервы.

Операции с подвешиванием кишки, как ректопексия по Вернейлю и Жерар-Маршану, по литературным данным, дают большой процент неудач, а подвешивание кишки к подвижной передней брюшной стенке, равно как и прикрепление ее к мягким частям левой половины таза дают до 50% неудач. Резекция же выпавшей кишки по Микуличу сложна, опасна и дает 33% неудач.

В течение 5 лет — с 1917 по 1922 год — проф. Кюммель (Kümmel) прооперировал 12 случаев выпадения прямой кишки с полным успехом, так как не наблюдал рецидивов. Он прикреплял вытянутую из малого таза кишку к мысу крестца, к находящейся на нем плотной и крепкой продольной передней связке, прикрепляя ее к неподвижной точке в месте прохождения кишки. Этот способ в Союзе ССР был применен в Пропедевтической хирургической клинике ГИМЗ проф. Гессе; у него прооперировано 8 случаев с прекрасными отдельными результатами, но он в способ Кюммеля ввел маленькую модификацию, а именно: для большей крепости и чтобы избежать перегиба кишки, он пришивал с двух сторон, но, чтобы не сузить просвета кишки, пришивал ее на границе с брыжейкой прямой кишки.

Операция Кюммеля у нас в хирургическом отделении производилась следующим образом: больному под общим наркозом придается тренделенбургское положение. Разрез — по средней линии между лобком и пупком. Весь кишечник отодвигается по направлению к грудобрюшной преграде, удерживаясь в этом положении марлевыми тампонами; таким образом операционное поле представляет малый таз с прямой кишкой, которая

подтягивается насколько возможно и удерживается в этом положении моим ассистентом. На протяжении 3 см по обеим сторонам подтянутой кишки в области мыса я делаю на задней стенке брюшины по разрезу, отслаиваю забрюшинную клетчатку и обнажаю переднюю продольную связку. Тремя швами с каждой стороны прошиваю связку и брюшину вместе с мышечной стенкой кишки у перехода ее в брыжжейку. Швы затягиваются, и этим кишка плотно фиксируется к неподвижной части позвоночника. Раны задней брюшины зашиваю наглухо, а затем зашиваю операционную рану. Операция Кюммеля произведена мною два раза без всяких осложнений с хорошим непосредственным результатом.

Приведу краткие истории болезней моих больных:

I. Митина М. С., 37 лет, Череповецкой губ. Кирилловского уезда, поступила в хирургическое отделение 30 августа 1926 года. Страдает выпадением кишки 8 месяцев; кишка выпадает на 12 см, вправляется самостоятельно, а иногда пальцами. В мае с. г. в гор. Кириллове произведена была операция без результата. 4 сентября произведена операция д-ром И. А. Трухалевым по способу Тирша также без результата. 6 октября с. г. была мною произведена операция под эфирным наркозом. По вскрытии полости живота осмотрен аппендикс, который оказался запаянным и был удален, одновременно у больной имелись перегиб и наклонение матки кзади, пронтекающие от этого боли в крестцовой области и постоянные запоры. Полагая, что причинным моментом такого упорного рецидивирующего выпадения прямой кишки является вышеуказанное неправильное положение матки, я счел необходимым устранить его операцией Дартига, в результате чего матка из положения наклона кзади перешла в положение наклона кпереди и перестала таким образом надавливать своим дном на крестец и прямую кишку; наконец, я призвел операцию Кюммеля — заднюю ректотомию, пришив прямую кишку с одной стороны тремя швами. Рана зашита наглухо. Продолжительность операции — 1 ч. 37 м., наркоз — 1 ч. 44 м. Послеоперационный период протекал гладко, и 22 октября больная выписалась с непосредственным хорошим результатом, — выпадения не отмечалось.

II. Поварова А. Т. 32 лет, со ст. Ефимовской Сев. ж. д. Страдает выпадением 12 лет. Кишка выпадает на 10 см, вправляется всегда пальцами. Больная в 1914 году дважды — в начале и в конце года — в Вologде подвергалась операции по способу Тирша и оба раза безрезультатно; после второй операции появились сильные запоры и боли при вправлении. 24 ноября с. г. под эфирным наркозом ей была произведена операция по Кюммелю с модификацией клинки проф. Гессе, т.-е. кишка фиксирована с обеих сторон тремя швами. Послеоперационный период протекал гладко. В настоящее время у больной запоры, приходится прибегать к слабительным, но кишка не выпадает, и непосредственный результат получился хороший.

В доступной мне литературе фиксация прямой кишки по Кюммелю охватывает 29 случаев. Операция эта нова, мало распространена, и окончательное суждение о ней можно высказать только по накоплении большого количества отдаленных результатов. Но те литературные данные, которые имеются, и те патогенетические соображения, которые положены в основу операции, говорят о преимуществах ее перед всеми другими. Преимущества ее заключаются в том, что подтягиваемая кишка уничтожает тот ампулярный мешок, который инвагинируется при пролапсе, и вместе с тем это подтянутое состояние кишки упрощает пузырно-прямокишечное углубление брюшины, которое, как известно, играет немалую роль в образовании пролапса и ректоцеле; очень важно также, что в своем подтянутом положении кишка удерживается и плотно фиксируется к твердой

неподвижной точке, находящейся в месте ее прохождения. Таким образом, задняя ректопексия стремится уничтожить самые главные и существенные причинные моменты пролапса; хотя расслабленное тазовое дно при этом способе не укрепляется, но при такой фиксации кишки это не так важно.

Резюмируя все сказанное, я нахожу достаточно убедительных данных для признания ректопексии по Кюммелю простым и лучшим способом лечения выпадения прямой кишки.

*From the Surgical Department of the Government Hospital of Cherepovets
(Chief Dr. V. I. Rozhdestvensky)*

Problem of surgical treatment of prolapsus of rectum

Dr. V. I. Rozhdestvensky

The author describes a case of reiterating relapse of a prolapsus of rectum, which was cured by an operation of rectopexia in accordance with the method of Kümmel.

К ВОПРОСУ О ЗАБРЮШИННЫХ ЛИПОМАХ

Д-р С. А. Сергиевский

(Ассистент хирург. отделения Вол. губ. больницы)

Вопрос о ретроперитонеальных опухолях впервые был поднят в печати почти сто лет тому назад. Уже тогда Зобштейном (Sobstein) в 1829 году было высказано предположение, что лимфатические железы, расположенные вокруг позвоночника, могут служить исходным пунктом возникновения опухолей. Однако в то время исследователи не были в состоянии предугадать те разнообразные формы забрюшинных опухолей, какие установлены в настоящее время. Правда, уже тогда имелись подробные описания макроскопического строения этих опухолей, высказывались предположения о тканях, дающих эти новообразования, но вопрос о классификации их, а тем более — о методах диагностики почти не затрагивался. С развитием методов микроскопического исследования взгляд на забрюшинные опухоли значительно изменился. Прежде всего стало ясно, что забрюшинная область чрезвычайно богата опухолями самого различного гистологического строения. Однако большинство ученых времени Вирхова (Virchow, 1864 г.) и сам Вирхов не считали возможным допустить происхождение, например, сарком из жировой клеточки, полагая, что опухоль одного гистологического строения не может переходить в другую. Лишь за последние 30 лет благодаря работам целого ряда авторов, наблюдавших течение и исход ретроперитонеальных опухолей, была доказана возможность перерождения опухолей доброкачественных в злокачественные. Что касается классификаций забрюшинных опухолей, то она с течением времени также подверглась изменению. Прежняя классификация, основанная на топографии опухолей, держалась сравнительно долго. Впервые она была предложена Витцелем (Witzel), который все забрюшинные опухоли делил на две большие группы — срединные и боковые. Конечно, такая классификация не могла удовлетворить исследователей; вот почему в настоящее время она почти всеми оставлена и заменена классификацией, основанной на патологическом строении опухолей.

Судя по работе д-ра Горелика от 1923 года, в литературе случаев ретроперитонеальных липом имеется не так уже много, а именно им указано 120 случаев. Поэтому случаи, имевшие

место в Вологодской губернской больнице, как несколько особенные по своей локализации и течению, заслуживают к себе некоторого внимания. К рассмотрению этих случаев мы и перейдем.

Случай I. Б., муж. 42 лет, поступил в хирургическое отделение Вологодской губ. больницы 25 марта 1924 года с жалобами на присутствие опухоли в мошонке. Считает себя больным около 6 лет. Отмечает, что совершенно для него незаметно без всяких видимых причин в правой паховой области появилась железка. Эта железка, вначале небольшая, с течением времени постепенно увеличивалась, не вызывая никакой болезненности. Затем постепенно в форме тяжа стала спускаться в мошонку, растягивая последнюю. Первые годы болезни опухоль в мошонке увеличивалась очень медленно. Только за последние два года она стала расти несколько быстрее. Обратно в брюшную полость содержимое мошонки никогда не вправлялось. Болезненности особой не отмечает, жалуется на затруднение ходьбы, во время которой получается неприятное ощущение тяжести в области мошонки. На боли в животе не жалуется, рвоты и тошноты никогда не наблюдалось. Со стороны стула и мочеиспускания уклонений от нормы нет. Итак, все жалобы больного, несмотря на шестилетнюю давность болезни, сводились к присутствию в мошонке опухоли, которая мешает ему ходить. Других заболеваний не помнит. Жалоб на кашель и одышку нет. Женат, имеет троих малолетних детей. Со стороны наследственности ничего особого отметить не приходится. При объективном исследовании обнаружено следующее: высокий рост, правильное, крепкое телосложение — хорошее питание, кожные покровы и видимые слизистые оболочки окрашены нормально. Отечности на лице и конечностях не отмечается. Со стороны легких норма. При выслушивании сердца отмечается несколько глуховатые, но чистые тоны на аорте и легочной артерии. Мошонка увеличена до размера двух кулаков взрослого человека, на ощупь представляется плотной, оба придатка прощупываются не увеличенными, причем левый подвижен, а правый плотно припаян к опухоли. Кожные покровы мошонки не изменены, перкуссия дает абсолютную тупость. Опухоль из мошонки поднимается кверху в виде плотного тяжа и, пройдя под пупартовой связкой, теряется в брюшной полости. При исследовании живота отмечается следующее: живот не вздут, при пальпации нисколько не болезнен. Вся правая половина живота от паховой области до правого подреберья занята новообразованием, о котором больной и не подозревал, связанным при помощи ножки с новообразованием мошонки. При ощупывании опухоль представляется упруго-эластичной консистенции, местами даже мягкой, без всяких бугристостей. При перкуссии получается тупость, не переходящая однако в тупость печени и селезенки, а сливающаяся с тупостью малого таза. Опухоль подвижна в боковом диаметре — свободно перемещается при перемене больным положения, и неподвижна в диаметре вертикальном.

Диагноз: Опухоль брюшной полости, спустившаяся через паховый канал в мошонку.

4 апреля 1924 года. Под смешанным хлороформным и эфирным наркозом д-ром Мокровским произведена операция. Кожный разрез от лобка не доходя пальца на два до меча, по средней линии. Прямая мышца отведена вправо, затем значительно меньше кожной раны вскрыта брюшина. По вскрытии брюшной полости обнаружено следующее: кишечные петли, в том числе и слепая с червеобразным отростком, оказались лежащими ближе к левой половине живота, в то время как правая его половина была занята опухолью, расположенной за брюшиною. Покрывающая опухоль брюшина была вскрыта. Опухоль без капсулы доходила кверху до правого подреберья, а книзу через паховый канал спускалась в мошонку. Опухоль имела множество отрочков, которые уходили в разные стороны. Опухоль рыхло соединялась с окружающими тканями, почему легко выделилась. Впрочем внизу в области большого таза имелся особенно большой отрог опухоли, далеко уходящий влево. Этот отрог ввиду несколько большего развития здесь кровеносных сосудов был принят за исходную точку опухоли. Когда опухоль была выделена, обнаружена ее действительная связь при помощи ножки с опухолью мошонки. Далее из нижнего отдела кожной раны сделан дугообразный разрез, идущий через правую паховую область на мошонку. Мышцы живота разрезаны не были. Опухоль в мо-

шонке была настолько интимно связана с правым яичком, что последнее было вылучено вместе с опухолью. Затем ножка, связывающая две опухоли, была рассечена, после чего опухоли удалены. Брюшина зашита. В тот карман, где лежала опухоль, вставлен марлевый тампон, выведенный наружу. Узловатые швы на апоневроз и кожу. Случай протекал с нагноением. Больной выписался 25 мая с маленьким свищом в месте тампона, при хорошем самочувствии. Макроскопически опухоль состоит из отдельных, разделенных друг от друга прослойками соединительной ткани, шарообразной формы образований. Консистенция, цвет и величина этих образований не одинаковы. Меньшая часть занята образованиями более крупными и плотными, с более темной окраской по сравнению с другой тканью опухоли. Эти характерные образования приходятся главным образом на ту часть опухоли, которая располагалась в мошонке. Большая часть опухоли состоит из таких же шарообразных узлов, несколько большей величины, на ощупь представляющих менее плотными и имеющими желтую окраску. При гистологическом исследовании различных участков опухоли обнаружено следующее: местами весь препарат занят сплошь жировой тканью, местами эта ткань смешивается с фиброзною соединительною настолько, что жировые клетки представляются единичными. Наконец в одном участке, среди исключительно фиброзной ткани обнаруживаются расположенные группами и по отдельности саркоматозные клетки (круглоклеточковая саркома).

Случай II. Больная, женщина 38 лет, поступила на гинекологическое отделение Вологодской губ. больницы 16 июля 1918 года. Считает себя больной около года, когда она впервые заметила в левой половине живота опухоль. Все жалобы при поступлении в больницу сводились к незначительной болезненности в области живота соответственно расположению опухоли и чувству напирания на низ, особенно при ходьбе. Расстройства со стороны стула и мочеиспускания не отмечает. Больная — замужняя женщина; первые регулы были на 18-м году, установились сразу. Тип регул как до замужества, так и после него был правильным; крови через 4 недели по 3—4 дня. Последняя менструация около двух лет тому назад (кормила грудью). Роды 8 раз, срочно, силами природы. Послеродовое течение правильно, всех детей сама кормила грудью. Со стороны наследственности отмечается ранняя смерть родителей от неизвестных ей причин. Из 14 человек в семье в живых осталось только четверо. Других заболеваний не помнит. Объективное исследование: роста среднего, весит 3 п. 12 ф., питание ослаблено, подкожно-жировой слой и мышечная система развиты слабо. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледны. Со стороны легких уклонений от нормы нет. Границы сердца в пределах нормы, чисты, но глухи, особенно у верхушек. Пульс ритмичный, слабого наполнения, 76 ударов в минуту. Живот увеличен до размеров десятимесячной беременности, неправильной формы. В лежащем положении висает в обе поясничные области. В левой подвздошной впадине выдается припухлость, где прощупывается плотная, бугристая, подвижная и болезненная опухоль неправильной формы. Граница тупого звука над опухолью представляется в виде выпуклой кверху линии, направляющейся от левой верхнепередней подвздошной ости на три поперечных пальца выше пупка к средней линии и в поперечном направлении в правую подвздошную впадину. В обеих поясничных областях отмечается притупленный перкуторный звук.

Per vaginam: матка в состоянии физиологической атрофии запрокинута кзади, подвижна, неболезненна, придатки не прощупываются. Опухоль живота, повидимому, никакой связи с женской половой сферой не имеет. На основании наличия притупленно-тимпанического перкуторного звука в левой поясничной области соответственно ходу толстой нисходящей кишки, которая при надувании ложится по наружному краю сверху опухоли, предположена опухоль, исходящая из левой почки.

20 июля 1918 года. Под эфирным наркозом произведена операция (д-р А. Н. Орлов). Кожный разрез по средней линии от лобка на 20 см выше пупка. В левой половине брюшной полости имеется забрюшинная дольчатая, в общей своей массе мягкая, с ложной флюктуацией опухоль. Отдельные более крупные дольки упруго-эластической консистенции, тогда как более мелкие дольки представляются плотными, а местами даже твердыми. Величина долек различна: от куриного яйца до головы взрослого человека. Нисходящая толстая кишка лежит кнаружи от опухоли, селезенка свободна у верхнего полюса опухоли. Правая почка на месте, надпочечник увеличен, не изменен, левая не

прощупывается. Вдоль опухоли разрезана брюшина. Забрюшинная клетчатка отечна, лимфатические железы увеличены до размеров сливы, плотны. Отмечается обильное развитие венозных сосудов. Опухоль вылущена частью тупым путем, частью ножницами. Когда опухоль была отсепарована, с боков, на внутренней ее поверхности обнаружена тесно спаянная с опухолью левая почка нормальной величины и без макроскопических изменений. Ввиду быстрого роста опухоли и большого количества в ней различной консистенции узлов, заподозрен злокачественный характер опухоли, почему вместе с опухолью была вылущена и почка. Измененная пристеночная брюшина иссечена, затем зашита наглухо в два ряда. Червеобразный отросток свободен, не изменен. Половые органы без изменений. Послеоперационное течение гладкое.

7 августа. Больная выписалась при хорошем самочувствии. Удаленная опухоль весила 20 фунтов. При макроскопическом исследовании опухоли обнаружено следующее: диаметр длинника опухоли равен 40 см, поперечник 28 см. Опухоль исходит из жировой капсулы левой почки, дольчатая; отдельные дольки величиной от куриного яйца до головы взрослого человека. К внутренней поверхности опухоли прилежит почка (размер ее 11 × 6 см), фиброзная капсула снимается легко. Кроме явлений застоя в почечной ткани, других изменений при макроскопическом исследовании не обнаружено. Консистенция опухоли не одинакова и находится в зависимости от величины долек; чем меньше величина долек, тем плотнее консистенция, и наоборот. Искключение представляет одна доля, которая предлежала к передней брюшной стенке; она, несмотря на громадный размер до головы ребенка, все же имела плотную консистенцию. На разрезе она представляет твердую, компактную массу белого цвета. При разрезе мягких долек такая же белая ткань, но мягкой консистенции. При гистологическом исследовании удаленной опухоли обнаружено следующее: сплошь жировая ткань. Между участками жировых клеток имеются толстые пучки соединительной ткани, местами слизисто-перожденной, богатой круглыми и выпуклыми клетками и состоящей из тонких образующих сеть волокон. По краю препарата имеется оболочка в виде довольно толстой каемки, состоящей из нежнотоволокнистой соединительной ткани, богатой круглыми клетками и резко инъецированными сосудами.

Диагноз: Fibro-lipoma myxomatodes.

Та же самая больная в сентябре 1924 года вновь поступает на гинекологическое отделение губ. больницы с жалобами на присутствие в левой половине живота опухоли. Причем первое время опухоль не давала никакой болезненности, которая стала появляться только за последние месяцы. Вместе с болями стала отмечаться и наличность выпадения матки. Со стороны стула уклонений от нормы нет, мочеиспускание учащено. После операции, до самого последнего времени, чувствовала себя хорошо; была беременность, кончившаяся срочными, произвольными родами в 1919 году. Последние крски были год тому назад.

Объективное исследование: питание очень ослаблено, — слизистые оболочки бледны, кожа дряблая, имеет землистую окраску. Со стороны легких и сердца уклонений от нормы нет. Подчревная область живота выпячивается упруго-плотной, неравномерной, местами более плотной, местами же ясно флюктуирующей консистенции опухолью. Опухоль неправильно-продолговатой формы, исходит из левой поясничной области и достигает правой подвздошной и паховой. Величина опухоли значительно больше головы взрослого человека. При перкуссии в пределах опухоли, начиная с левой поясничной области сзади, не доходя на два поперечных пальца до правой подвздошной ости, имеется тупой звук. Снизу от лобка начиная с левой верхней передней подвздошной ости и до правой паховой области имеется полоса тимпанического перкуторного звука. При надувании толстой кишки слева и сверху опухоли обозначается нисходящая и поперечно-ободочная толстая кишка.

29 ноября 1924 года. Под спинномозговой анестезией произведена операция (д-р А. Н. Орлов). Кожный разрез влево от прежнего рубца, по ходу левой прямой мышцы от лобка на 25 см вверх. Вся подчревная область до середины расстояния между пупком и мечом выполнена упруго-мягкой, бугристой опухолью, исходящей из левой поясничной области забрюшинно. По правому краю опухоли приращена петля подвздошной кишки, которая была выделена и во избежание последующих сращений покрыта куском сальника. С наружной стороны опухоли лежит нисходящая толстая кишка; внутренним своим краем

опухоль граничит с корнем брыжжейки тонких кишок. Опухоль постепенно была выделена и удалена вместе с тканью левого надпочечника. Случай протекал с тампоном, удаленным на пятый день. Послеоперационное течение без особых отклонений от нормы. При макроскопическом исследовании препарата обнаружено следующее: множественная узловатая опухоль, состоящая из отдельных жировых долек, величиной от куриного яйца до кулака взрослого человека. Общая величина опухоли с голову взрослого человека. В нижней периферии опухоли имеется флюктуирующая полость, по вскрытии которой вытекло со стакан жидкого зеленого гноя.

Гистологическое исследование: в большинстве весь препарат состоит из жировой ткани, между клетками которой располагается в небольшом количестве прослойками фиброзная соединительная ткань; местами встречаются участки, богато снабженные соединительной тканью, но все-таки преобладающей тканью является жировая.

Переходя к разбору имеющихся у нас случаев, необходимо отметить следующие их особенности. В случае первом мы имеем ретроперитонеальную липому, спустившуюся через паховой канал в мошонку. Такая локализация опухоли, действительно, представляется редкой. Так в литературе с несколько подобной локализацией имеется единственный случай, описанный Нейгертом. Он имел липому, также исходящую из забрюшинной клетчатки, спустившуюся через запирающее отверстие на внутреннюю поверхность бедра. Что касается второго случая, то его особенность заключается в наличии рецидива и повторного удаления опухоли с благоприятным исходом. Необходимо отметить, что и случаев с рецидивами в литературе имеется только десять, причем три из них дали рецидив доброкачественный, а остальные — злокачественный. Среди них особого внимания заслуживает случай Феклера с двукратным рецидивом, имевшим место у 50-летнего мужчины. Первый рецидив наблюдался через полтора года, а второй — через месяц, кончившийся смертью, но от истощения. Это случай с злокачественным рецидивом, давшим очень быстрый рост. Имеется пример и доброкачественного рецидива, описанный Ульманом, с более медленным ростом, где возврат последовал через два года, кончившийся выздоровлением. В нашем втором случае мы имеем также рецидив, доброкачественно появившийся через промежуток времени довольно значительный, а именно 6,5 лет.

Говоря о рецидивах забрюшинных липом, особенно злокачественных, необходимо указать, что большинство авторов считает эти рецидивы следствием неполного удаления опухоли в первый раз. Такое понимание рецидива вполне возможно, так как ретроперитонеальные опухоли чаще не имеют своей капсулы, достигают огромных размеров и местами спаиваются с окружающими тканями настолько интимно, что при вылушении опухоли легко просмотреть небольшой кусочек оставшейся опухоли.

Забрюшинные жировики встречаются во всяком возрасте, но чаще между 40—60 годами. Среди женщин они развиваются несравненно чаще, чем среди мужчин. Что касается диагностики ретроперитонеальных жировиков, то она чрезвычайно сложна и удается в исключительных случаях. Определенного симптомокомплекса, на основании которого можно было бы сделать

предположение о наличии забрюшинной опухоли, у нас не имеется. Наоборот, чаще всего рост этих опухолей для больного не только не сопровождается какими-либо расстройствами, но является случайной находкой при исследовании, как это имело место и в нашем случае. Обыкновенно жалобы больных, страдающих забрюшинной опухолью, находятся в зависимости от топографического ее положения и сдавления соседних органов. Вот почему некоторыми авторами при постановке диагноза придавалось очень серьезное значение симптомам, получающимся от сдавления соседних органов. Оказалось, что на забрюшинные опухоли могут указывать следующие явления сдавления: односторонний отек нижней конечности, застойные явления в венозной системе нижней половины тела и наличие стреляющих болей в области нервов *crualis*, *cremaster* и др.

Однако необходимо сделать оговорку, что все эти данные в смысле постановки диагноза могут иметь лишь относительную ценность. Иногда даже громадной величины забрюшинные опухоли, имеющие особое топографическое расположение, не дают указанных симптомов. Следовательно, пользоваться этими данными для диагноза забрюшинных опухолей можно далеко не всегда. Вообще нужно сказать, что забрюшинные опухоли в смысле диагностики представляют собой чрезвычайную трудность. В литературе описано всего четыре случая, где диагноз до операции был поставлен правильно. В большинстве же случаев диагноз был или только предположительным, или до некоторой степени вероятным. Чаще всего диагностируют в подобных случаях кисты яичника, а в одном случае с резко выраженной флюктуацией забрюшинной опухоли было сделано предположение о наличии туберкулезного перитонита. К ошибочной диагностике кисты яичника приводит наличие флюктуации в забрюшинном жировике. Эта флюктуация получается вследствие того, что жировые доли при пальпации передают движение одна другой, почему и получается явление ложного зыбления. Необходимо помнить, что столь часто диагностируемые кисты яичников вместо забрюшинных липом довольно рано дают различные субъективные ощущения, чего нет при ретроперитонеальных жировиках. В целях облегчения диагностики Абражановым и Тринклером был предложен метод раздувания кишок. Однако и этот метод имеет тоже относительную ценность. Он может говорить только о ретроперитонеальном положении опухоли, да и то не всегда. При условии слишком латерального положения опухоли, как это было и в нашем случае I, указанный метод не достигает своей цели. Иозефсон, которому принадлежит правильное распознавание до операции, обращает особое внимание на медленный рост опухоли, флюктуацию и отсутствие или нерезко выраженную болезненность. Чаще ретроперитонеальные опухоли возникают с правой стороны и реже — с левой. Опухоли, развивающиеся с правой стороны, сопровождаются меньшей болезненностью и иногда в течение многих лет развиваются совершенно незаметно для больного, как это имело место в нашем случае I. В объяснение этих

фактов могут служить следующие данные: на основании исследования Зыкова на замороженных трупах можно установить, что задняя стенка живота с правой стороны от позвоночника представляется несколько более глубокой, чем с левой, и имеет большее количество жировой ткани. Забрюшинные липомы, часто достигающие больших размеров, не только не вызывают болезненности, но, как это было в нашем случае и во многих других случаях, описанных в литературе, были для больных совершенно незаметными. Отсутствие или нерезко выраженная болезненность при ретроперитонеальных липомах находят себе объяснение в следующих анатомических особенностях забрюшинного пространства. Полость, расположенная между задней стенкой живота и задним листком брюшины, заполнена жировой тканью. Развивающиеся отсюда опухоли могут постепенно отслаивать брюшину и расти, не вызывая никакой болезненности, пока не достигнут значительных размеров и не станут производить давления на ближайший отдел кишечника и другие соседние органы.

Многие авторы описывают случаи забрюшинных липом, совершенно не указывая исходного пункта; другие место исхода опухоли указывают слишком неопределенно, и лишь некоторыми авторами исходная точка указывается вполне определенно. Можно думать, что авторы тех случаев, где не указаны исходные пункты, не сделали в этом отношении упущения, а действительно не могли точно указать исходный пункт опухоли, как это было в нашем случае I. Неясность первоначального места забрюшинных опухолей объясняется однородностью жировой ткани забрюшинного пространства. В некоторых участках забрюшинного пространства жировая ткань скопляется в большем количестве, чем в остальных; вот в этих скоплениях и берут свое начало забрюшинные опухоли. Наиболее часто в качестве исходного пункта забрюшинных липом указывается жировая капсула почек, потом подвздошная ямка и широкие связки и, наконец, жировые клетки между задней стенкой живота и брюшиной. В нашем случае II исходным пунктом была жировая капсула почки.

Необходимо отметить, что очень часто забрюшинные липомы не представляют собой какой-то компактной массы, а являются диффузно разлитыми. Эта форма встречается значительно реже остальных и представляет некоторые особенности. Прежде всего такие разлитые опухоли не имеют определенных границ, представляют очень большие трудности для удаления и легкую возможность появления рецидива; как показывают наблюдения, эти опухоли гораздо чаще подвергаются саркоматозному перерождению. Вообще почти всеми авторами отмечается легкий переход забрюшинных липом в саркомы. Некоторые авторы заявляют, что при тщательном изучении гистологических препаратов можно значительно чаще, чем это указывалось до сих пор, отметить переход забрюшинных липом в саркомы, как показало и исследование нашего случая I, где присутствие саркоматозных клеток было обнаружено в очень небольшом количестве.

По статистике забрюшинных опухолей среди них встречается главным образом тип смешанных опухолей и очень редко чистые липомы. Д-р Марковский высчитал, что из 101 случая, собранных им в литературе, на долю соединительнотканых опухолей доброкачественного характера приходится 37, а злокачественного — 30. К числу доброкачественных относятся липомы, фибромы, фибролипомы, миомы и хондромы, а к числу злокачественных — различные виды сарком, чаще круглоклеточковые и реже полиморфные. Большой процент смешанных опухолей объясняется функцией жировой ткани, которая в данном случае является исходной. До сих пор гистологи не пришли к одинаковому взгляду на жировую ткань в отношении ее специфичности. Некоторые авторы считают жировую ткань за обособленную с определенными функциями; в то время как другие утверждают, что она есть ни больше, ни меньше, как простая разновидность соединительной ткани. Все же большинство авторов полагает, что жировая ткань резко отличается от волокнистой соединительной, хотя бы наличием особой системы кровеносных сосудов. В то же самое время при атрофии жировые клетки снова принимают вид соединительнотканых клеток, которые в свою очередь уже путем метapлазии могут дать саркому.

Помимо саркоматозного перерождения, можно наблюдать и кистовидное, что имело место в нашем случае II. Кистовидное перерождение ретроперитонеальных липом, как показало исследование Doughton Stella, встречается в 35% этих опухолей.

Что касается лечения ретроперитонеальных опухолей, то оно исключительно оперативное. Процент смертности от операций с течением времени делается все более и более ничтожным. Если Кениг в 1895 году приводил процент смертности равный 70%, то по исследованиям Гомгендера в 1917 году смертность падает до 30%. Большой процент смертности у старых авторов объясняется частыми перитонитами ввиду несовершенной асептики, а также недостаточной техники. Закончу рассмотрение наших случаев следующими выводами:

I. Ретроперитонеальные липомы, как могущие давать переход в саркоматозное перерождение, должны удаляться оперативным путем, показания к которому необходимо ставить возможно шире.

II. Считая доказанной возможность рецидивов, надо принять за правило тщательно удалять всю опухоль, не останавливаясь перед иссечением тех тканей, с которыми опухоль интимно связана.

III. Не имея определенного симптомокомплекса, позволяющего диагностировать ретроперитонеальные липомы, необходимо обращать серьезное внимание на пальпаторное исследование брюшной полости, не упуская из вида и метода раздувания кишечника.

IV. При наличии опухоли мошонки или верхней трети бедра, не упускать из вида возможности наличия здесь забрюшинного жировика.

From the Surgical Department of the Government Hospital of Wologda

Chief *Dr. P. P. Mokrousky*

Problem of beyond-abdominal lipomas

Dr. S. A. Sergievsky

Retroperitoneal lipomas are exposed to regenerating sarcomas and therefore must be removed by operation.

As the tumours in question can always give a relapse it is advised to remove them totally during the operation, without sparing the tissues these tumours are connected with.

Palpation is of great importance by diagnosis and using the method of distending the large intestines is by all means necessary.

*Из гинекологического отделения Вологодской губ. больницы
(Заведующий д-р А. Н. Орлов)*

В ВОПРОСУ О КЕСАРСКОМ СЕЧЕНИИ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ И ПРЕПЯТСТВИЯХ СО СТОРОНЫ МЯГКИХ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

(На основании 35 кесарских сечений)*

Д-р А. Н. Орлов

*Посвящается светлой памяти дорогого и
незаменимого товарища по совместной и долго-
летней работе в Вологодской губернской боль-
нице — Павла Павловича Мокровского.*

I

Искусственное родоразрешение разрезом через брюшные стенки и стенку матки известно было у древних культурных народов и применялось главным образом для спасения жизни плода на умершей беременной женщине. По мнению Осиандера (Osiander), которое разделяется очень многими, во время охоты и жертвоприношений, при умерщвлении беременных животных, древние народы могли наблюдать, что детеныши иногда переживают смерть матери; они могли также наблюдать при смерти беременных женщин на войне или при несчастных случаях, что плод переживает некоторое время смерть матери. Отсюда простой логический вывод — не хоронить умерших беременных женщин, не попытавшись предварительно спасти жизнь плода. Доказательство этому мы находим в мифах и преданиях древних народов, а немецкий историк акушерства Фасбендер (Fasbender) допускает производство этой операции в доисторические времена.

У греков идея этой операции была известна в доисторические времена, о чем свидетельствуют сохранившиеся мифические предания. Так, по повелению Юпитера Вакх был извлечен Меркурием из живота Семелы, а Эскулап был вырезан своим отцом Аполлоном из живота Кронида, убитой Артемидой.

Древнее индийское предание говорит, что у индийского раджи Cuddhodana, жившего в VII веке до нашей эры в долине Ганга, родился противоестественным образом — через рану в правой половине живота матери — Майи сын Шуддходаны — Siddhartha Buddha, который и был основателем буддийской религии. В индийской книге „Yajur Veda“ Śruti имеется определенное предписание вскрывать живот умерших беременных женщин, если он шевелится.

* В кратком извлечении доложено на губернском съезде врачей в г. Вологде 5 марта 1924 года.

При римском царе Нуме Помпилии, в VII—VI веках до нашей эры, существовал закон „lex regia“, по которому воспрещалось хоронить умерших беременных, не вскрывши предварительно их живот и матку. Гален, известный римский врач, сообщает, что ему однажды при вскрытии беременной самки пришлось найти живого детеныша. Римский писатель Плиний, живший в I веке нашей эры и современник Галена, называет даже имена родившихся посредством кесарского сечения, как, например, Сципиона Африканского и Манлия, которых называли „Caesares“, т.е. вырезанными. Неправильное толкование соответствующего места в историческом трактате Плиния подало повод к неправильному производству названия этой операции от имени Юлия Цезаря, мать которого, по свидетельству Зибольда (Siebold), была жива во время галльской войны; напротив того, Meli, цитируемый Saratulo, это последнее обстоятельство считает доказательством того, что в древнем Риме производилось кесарское сечение не только на мертвых, но и на живых. Проф. Крассовский, из книги которого мы заимствовали исторические справки, сомневается, чтобы римский закон „lex regia“ имел практическое применение, так как римские врачи того времени ничего не упоминают об этой операции. В ветхозаветной истории еврейского народа совершенно нет указаний на возможность спасения плода после смерти матери, почему проф. Крассовский считает предписания талмудистов, начиная со II века нашей эры, не ветхозаветного, а греко-римского происхождения; дети, родившиеся посредством кесарского сечения, не пользовались правом первородства. Зибольд объясняет отсутствие сообщений о кесарском сечении у римских врачей тем, что кесарское сечение на мертвых производилось лицами, не принадлежащими к врачебной профессии.

Со времени христианства древний закон „lex regia“ получил большое распространение и вошел во все новейшие законодательства, так как из религиозных побуждений для крещения младенца предписывалось обязательное кесарское сечение на умерших беременных.

В 1828 году в Вюртемберге уже был издан закон, который ограничивает производство операций второй половиной беременности и предоставляет врачу право решать вопрос о жизни плода. Русский закон также предписывает делать кесарское сечение во второй половине беременности для спасения жизни плода, причем предписывается соблюдать все предосторожности, как у живых.

Историки не дают определенных указаний о том, было ли известно и практиковалось ли у древних народов кесарское сечение на живых; по мнению Винкеля (Winkel), при давности существования кесарского сечения на мертвых могла возникнуть мысль о родоразрешении подобным образом и живых при наличии препятствий в половых органах. За такое предположение, по мнению Винкеля, говорит немалое число среди древних называвшихся „Caesones“, т.е. вырезанными, которые, конечно, не все были вырезаны из трупов умерших матерей.

Необходимо также указать, что у первобытных народов применяется кесарское сечение на живых, и даже с не менее благоприятным результатом, чем было у нас в доантисептическую эру. Фелькин (Felkin) сообщает об одном подобном несомненном случае в Уганде в центральной Африке, при производстве которого в 1878 году он лично присутствовал. Женщина была усыплена банановым вином, чернокожий оператор изогнутым ножом одним ударом вскрыл стенку живота и матки, извлек ребенка и отделил пуповину со стороны полости матки, рукой расширил шейку и отделил плаценту. После сокращения матки, которое было вызвано растиранием, и удаления жидкости из брюшной полости поворачиванием женщины на бок двумя ассистентами, брюшная рана закрыта семью узловатыми швами (полированные иглы и мочальные швы). На шов положена паста, приготовленная пережевыванием из корней, и поверх наложена плотная повязка из лубка. На одиннадцатый день рана зажила.

Наблюдения над выделением костей плода через брюшные покровы навели на мысль о возможности удаления плода посредством кесарского сечения у живой женщины. Так, например, высказывались в XII веке — Abulkasem и в XV веке — Nikolaus Nikolus. Но все описанные в XVI веке случаи кесарского сечения большинством авторов относятся к брюшной внематочной беременности. Первым достоверным случаем классического кесарского сечения на живой считается операция Траутмана (Trautmann), произведенная при грыже беременной матки в 1610 году 21 апреля в гор. Виттенберге. Оперированная умерла внезапно через 25 дней после того, как она встала с постели, ребенок прожил 9 лет. С тех пор кесарское сечение начинает производиться чаще, иногда с успехом, но все же оно давало чрезвычайно большую смертность. Смертность при кесарском сечении в то время была настолько высока, что дала повод одному старому французскому акушеру (Sacombe) высказаться так: „Кесарское сечение — это выдумка дикаря, срубающего дерево, чтобы сорвать плод“ (E. Canton, реф. ЖА 1908, стр. 171). Действительно, в XVIII — XIX веках до антисептической эры смертность при кесарском сечении у разных авторов колебалась от 54 до 95%. У знаменитых французских акушеров-хирургов Боделока и Дюбуа (Baudeloque et Dubois) не выжила ни одна оперированная женщина. По данным Шпета (Späth), в большом Венском родильном доме до 1877 года смертность матерей после кесарского сечения равнялась 100%. Высокая смертность матерей естественно порождала в ведении родов строжайший консерватизм преимущественно в интересах матерей и в ущерб интересам плода. С другой стороны, наряду с таким односторонним консерватизмом, во Франции уже в 1781 году известный хирург-акушер Боделок выступил в защиту жизни плода и выставил принципиальное положение в акушерстве, которое и по настоящее время является не всегда достижимым идеалом: „К проведению головки плода следует прибегать лишь при мертвом плоде; при живом плоде надо произвести кесарское сечение“.

Стремление соблюсти принцип Боделока и добиться понижения смертности матерей породило новые, заменяющие кесарское сечение, операции — симфизиотомию и искусственные преждевременные роды. Симфизиотомия была предложена современником Боделока — французским студентом Сиго (Sigault) и основывается на идее искусственного расширения костного кольца в целях устранения пространственного несоответствия между подлежащей головкой и сужением таза. Операция искусственного возбуждения преждевременных родов была предложена Макколеем (Macauley) почти одновременно с операцией Сиго, но получила распространение лишь со времени Денмана (Denman), в первую половину XIX века; она имеет в своем обосновании, путем сокращения нормального срока беременности, возможность получения живого, хотя и недоношенного, но с меньшей головкой ребенка. Обе эти операции во всех своих модификациях и улучшениях, однако, не выдержали практического испытания в смысле строгого проведения консервативного принципа, разумея под ним одинаковое соблюдение интересов как матери, так и плода.

Симфизиотомия дает сравнительно недурное предсказание для жизни плода, зато она дает очень большой процент серьезных осложнений в послеоперационном течении, не исключая даже смертных случаев матери. Искусственные преждевременные роды, произведенные в благоприятной обстановке и условиях, по своему влиянию на здоровье матери мало чем отличаются от обычных срочных родов; но зато при них получается чрезвычайно большой процент смертности детей, даже в руках опытных акушеров, работающих в клинической обстановке; а ведь эта операция и предложена для таких случаев, где надо, щадя и сохраняя здоровье матери, получить живого ребенка. Чтобы не быть голословным, приведу вкратце литературные справки. На I Съезде акушеров и гинекологов (в 1903 году) проф. Ястребов очень ясно и категорически формулировал консервативный принцип в терапии узкого таза, т.-е. „терапия должна быть сохраняющей жизнь и здоровье матери и плода и функциональную способность матери“.

На том же I Съезде проф. Ястребов привел статистику Рубинрота (Rubinroth) в 136 случаев симфизиотомии, по которой смертность матерей достигла 11,03%, смертность детей — 13,97%; осложнения со стороны матери, наблюдавшиеся в послеоперационном периоде, достигали (в процентах): кровотечения — 16,17, разрывы матки — 8,8, мочевые свищи — 11,7, гнилостные заболевания — 20,4, местные нагноения — 12, невозможность пользоваться нижними конечностями — 7,3; всего — 76,37% тяжелых осложнений со стороны матери и 11,03% смерти. По статистике Нейгебауера (Neugebauer), смертность матерей после симфизиотомии достигала 11,1%.

Неудивительно, что симфизиотомия в настоящее время оставлена, и вместо нее появилась операция пубиотомия или ее

видоизменение, проф. Дедерлейна (Döderlein), гебостеотомия. Обладать применением гебостеотомии (большинством авторов значительно суживается: совершенно исключаются случаи первородящих, случаи с наличием узких мягких родовых путей или с присутствием рубцов во влагалище, шейке и тазовой клетчатке,— во всех этих случаях предпочтительно классическое или внебрюшинное кесарское сечение. Кроме того, смертность как матерей, так и детей после пубиотомии еще достаточно высока: так на II Съезде (1906 г.) акушеров и гинекологов проф. Муратов, резюмируя прения по поводу пубиотомии, определил смертность матерей в 8%, а смертность детей — в 20%. Проф. Строганов приводит сводную статистику Шлефли (Schläfli, 1909), по которой на 664 случая смертность матерей около 5%, а смертность детей — 9,6%. Число же осложнений непосредственно после операций проф. Строганов определяет не меньше числа осложнений после симфизиотомии (в процентах): кровотечения — 15,3, из них два случая смертельные; простые ранения полового аппарата — 17,84; проникающие до кости раны — 15,49; ранения мочевого пузыря — 12,35; гематомы операционной раны — 17,09; всех осложнений — 77,8%. В послеоперационном периоде проф. Строганов отмечает следующие осложнения (в процентах): повышение t° — 55, ложиометра — 28, нагноение в костной ране, иногда с секвестром, — 46%, тромбофлебиты — 8,2. Наконец, наблюдаются поздние осложнения — образование недостаточно прочной костной мозоли, затрудняющей движения в нижних конечностях, и опущения половых органов, мочевого пузыря и прямой кишки, как результат разрыва лоннопузырных связок. У проф. Строганова на 13 пубиотомий умерла 1 от *ileus'a* при расхождении краев раны на 7 см; также и у Дедерлейна на 50 подкожных гебостеотомий 1 умерла от паралича кишок (сообщ. на V Международном съезде акушеров и гинекологов, 1910 г., Петербург).

Такое совпадение причины смерти у разных авторов не позволяет считать это случайным совпадением, а наводит на мысль о возможности при этой операции глубоких повреждений в полости таза, обуславливающих непроходимость кишок. Панков (Pankow) на том же V Международном съезде заявил, что гебостеотомию можно делать у многородящих и притом лишь тогда, когда головка вступила уже большим сегментом во вход таза, но при таких условиях гебостеотомия будет конкурировать со щипцами, но ни в коем случае не с кесарским сечением. Франц (Franz) на вышеупомянутом съезде говорил, что подкожный разрез лона опасен при узких, мягких родовых путях, рубцовых изменениях и ригидности шейки и влагалища, при этом в чистых случаях он предпочитает кесарское сечение, а при подозрении на инфекцию — внебрюшинное кесарское сечение. У некоторых авторов результаты более благоприятны: так, например, по Байшу (Baisch), на 170 случаев неинфицированных смертность матерей около 2,9%; у Леопольда и Шаута (Leopold und Schauta) — на 81 случай — 0; такие благоприятные результаты можно объяснить лишь подбором неинфицированных слу-

чаев, т.-е. таких, которые не противопоказуют и кесарское сечение, а, следовательно, пубиотомия в этих случаях не может считаться заменяющей это последнее.

Таким образом, на основании вышеприведенных литературных справок, пубиотомию или ее видоизменение — гебостеотомию нельзя считать вполне безопасной для роженицы, а главное при ней остается высокая смертность детей, и очень часты различные, иногда очень тяжелые осложнения. Кроме того, гебостеотомия, как и искусственные преждевременные роды, часто требует дополнительных операций и является операцией подготовительной, а не родоразрешающей, и, следовательно, не показана во всех тех случаях, где необходимо быстро окончить роды.

Для критической оценки операции искусственных преждевременных родов и сравнения ее с кесарским сечением чрезвычайно важное значение имеет работа проф. Н. И. Побединского, вышедшая в 1903 году, где он излагает полученные результаты в своих операциях искусственных преждевременных родов и кесарского сечения при узком тазе. В 54 случаях искусственных преждевременных родов исход для матерей получен вполне благоприятный — 0 смертности и 0 послеродовых заболеваний; за этот же промежуток времени при произвольных срочных родах в клинике отмечено 3,9% послеродовых заболеваний; такую разницу проф. Побединский объясняет тем, что больные для искусственных преждевременных родов поступали в клинику заблаговременно и предварительно вне клиники никем не исследовались. Зато смертность детей при преждевременных родах достигает очень высокой цифры — 34,3%. На 12 случаев кесарского сечения у Побединского умерла одна — 8,3%; из 8 случаев кесарского сечения при узком тазе смертность матерей — 0, смертность детей — 0. На основании своих наблюдений Н. И. Побединский приходит к выводу: „Кесарское сечение при относительном показании, произведенное при благоприятных условиях, должно считаться наилучшей операцией, при которой женщина с наименьшим риском для себя может вполне рассчитывать на получение живого ребенка“.

В 1902 году на международном конгрессе в Амстердаме Ripard категорически высказался против искусственных преждевременных родов и против прободения головки живого плода. Со времени введения в акушерскую практику Дюрсенем (Dührssen) операции влагиалищного кесарского сечения, искусственное возбуждение преждевременных родов почти совершенно вытесняется из обихода акушерских операций.

Таким образом, ни пубиотомия, ни искусственные преждевременные роды не оправдали возлагавшихся на них надежд. Последняя операция, конкурировавшая до последнего времени с кесарским сечением при относительном показании, — это прободение головки живого плода. Как нарушающую основной принцип консервативной терапии в акушерстве — сохранять жизнь и здоровье матери и плода, большинство авторов при современном состоянии науки признает своевременным

совершенно вычеркнуть ее из списка акушерских операций, оставляя ее исключительно для случаев с заведомо мертвым плодом и для случаев с несомненной тяжелой инфекцией.

III

Главная опасность классического кесарского сечения в доантисептическое время заключалась как в непосредственном воспалении брюшины, так и в последовательном расхождении раны матки, в результате чего тоже развивался перитонит. В целях устранения возможности кровотечения и расхождения маточной раны и для предупреждения воспаления брюшины итальянец Порро (Porro) в 1876 году предложил свою операцию — надвлагалищное усечение тела матки с внебрюшинной фиксацией ножки. Давая благоприятные результаты, операция Порро вытесняет на время классическое кесарское сечение, но, как операция уродующая женскую половую сферу и нарушающая наиболее важные физиологические функции женского организма, она долго удержаться не могла.

С развитием оперативной техники чревосечений и с применением в гинекологии и акушерстве антисептики и асептики значительно понизились цифры послеоперационного перитонита, а со времени предложенного в 1882 году Керером и Зенгером (Kehrer u. Säger) маточного шва отпала опасность расхождения маточной раны. С этого времени классическое кесарское сечение в надлежащей обстановке производится с полным успехом для матерей и плода. В 1900 году д-р В. В. Успенский в статье по поводу четырех случаев классического кесарского сечения при неправильном тазе пишет: „Операция кесарского сечения потеряла свой роковой характер и представляет в настоящее время одну из технически простых гинекологических операций“. („Мед. об.“ 1900, стр. 623). На I Съезде акушеров и гинекологов в 1902 году проф. Г. Е. Рейн, высказываясь за расширение показаний к кесарскому сечению, сказал: „При современном состоянии вопроса настало время совершенно пересмотреть все учение о методе кесарского сечения при различных показаниях“. „Кесарское сечение есть операция нетрудная по исполнению, чисто хирургическая по своему характеру, быстро ведущая к окончанию родов, благотворная не только для плода, но и для матери, и дающая ныне весьма хорошее предсказание, если сделана во-время и при благоприятных условиях“.

В своем возражении Рейну проф. Д. Д. Попов, ссылаясь на слабое развитие в России стационарной акушерской помощи, находил еще преждевременным рекомендовать практическим врачам широкое применение кесарского сечения. С таким мнением проф. Попова никак нельзя согласиться, так как в науке не может и не должно быть двух разных решений одного и того же вопроса. Наука — одна, а ее практическое применение бывает различно в зависимости от культурного уровня развития и экономического благосостояния различных слоев населения.

Проф. Попов, очевидно, смешивает уровень современного развития акушерской науки, и практическое проведение в жизнь достижений акушерской науки, которое так резко разделяет в отношении организации родовспоможения городское население от сельского. Из докладов на II Съезде выяснилось, что городское население пользуется квалифицированной акушерской помощью при родах до 60%, в то время как среди сельских рожениц пользуется акушерской помощью всего лишь 5%. Принципиальное решение научных вопросов акушерства не может находиться в зависимости от недостаточной организации родовспоможения в стране; наоборот, организация родовспоможения должна основываться на данных современного состояния акушерской науки. Решение этого вопроса из плоскости деления врачей на категории по степени их специальной подготовки, к тому же и обслуживающих различные слои населения, должно быть перенесено в плоскость настоящего расширения организации родовспоможения на рациональных началах, соответственно современному состоянию акушерской науки и одинаково доступного для всего населения.

Жизнь блестяще опровергла возражение проф. Попова. Со времени I Съезда акушеров и гинекологов почти в каждой книжке периодической медицинской печати стали появляться казуистические сообщения о производстве кесарского сечения по различным показаниям и в громадном большинстве с благоприятным результатом; показания к кесарскому сечению постепенно расширяются, как абсолютные, путем повышения границ сужения прямого размера таза, так и относительные — путем замены тазорасширяющих операций и искусственных преждевременных родов классическим кесарским сечением и его внебрюшинными видоизменениями. Также расширяются показания путем изменения условий, допускающих производство кесарского сечения и в сомнительных случаях, а также путем включения новых групп болезней, при которых теперь производят кесарское сечение, — как, например, предлежание плаценты, эклампсия и др.

IV

Прежде чем приступить к обзору своих случаев кесарского сечения, я считаю необходимым указать на те условия, при каких получался материал для операции. За неимением при Вологодской губ. больнице специального родильного отделения, акушерские случаи на гинекологическое отделение пересылаются для операции из Вологодского родильного приюта или же из уездных участковых лечебниц. При таких условиях получается совершенно случайный подбор материала как в смысле непосредственных показаний к операции, так и в смысле своевременности направления рожениц для оперативного вмешательства. Это, с одной стороны, устраняет возможность взвешанного подбора случаев и повышает таким образом значение выводов; с другой стороны, при таких условиях оператор лишен возможности предварительно наблюдать и исследовать ро-

жениц, чтобы своевременно подготовить их и установить время операции; приходится оперировать вынужденно — второпях, без подготовки рожениц, что естественно отражается на послеоперационном течении различными осложнениями, которых легко можно было бы избежать при предварительной подготовке к операции. При операциях по поводу заболеваний, требующих экстренного вмешательства, как, например, эклампсия и предлежание плаценты, естественно, получается искусственный подбор с отягчением в сторону более тяжелых и запущенных случаев, так как легко протекающие случаи оставляются и лечатся на местах обычными консервативными мероприятиями. Не располагая акушерским материалом в полной мере, я лишен возможности выводить подробные статистические взаимоотношения оперированных как к общему числу разрешившихся от бремени, так и к числу рожениц с узким тазом, проделавших роды силами природы. Ближайшая цель работы, наряду с защитой прав младенца, показать на своем сравнительно небольшом материале, что операция эта при современной технике чревосечений утратила свой „роковой“ характер,— как говорит в своей работе д-р В. В. Успенский,— и при соответствующих показаниях является операцией наиболее консервативной, сохраняющей здоровье и жизнь в равной мере как матери, так и плода.

С 1910 года по май 1926 года мною произведено кесарское сечение 31 раз при узком тазе и 4 раза — по поводу препятствий со стороны мягких родовых путей; эти последние случаи по удовлетворительному общему состоянию здоровья рожениц с наличием абсолютного препятствия в родовых путях близко подходят к группе узкого таза, почему мы включаем их в общий обзор. Таким образом, нашему рассмотрению подлежат 35 случаев кесарского сечения на 32 женщинах, так как три из них подвергались кесарскому сечению дважды. Из 35 рожениц 19 было сельских жительниц и 16 — жительниц гор. Вологды. Сельским хозяйством занимались 16, домашним хозяйством — 15, делопроизводством — 1, домработница — 1 и безработных — 2.

Подавляющее большинство было в молодом цветущем возрасте: от 20 до 24 лет — 13; от 25 до 29 лет — 11; от 30 до 34 лет — 4; от 35 до 39 лет — 6; 40 лет — 1 роженица (подвергавшаяся операции вторично). Замужних было 31 и незамужних 4.

Первородящих и не выкидышавших было 10; первородящих и имевших выкидыши — 2; многородящих было 23, из них три подвергались операции дважды.

Родовая функция повторнородящих выражается следующим образом: 12 больных с общесуженным тазом до операции имели 29 беременностей, из которых 5 закончились выкидышем, и 24 раза беременность закончилась родами, причем 9 раз роды закончены прободением головки живого плода; 2 раза наложены щипцы: 1 раз извлечен живой ребенок и 1 раз — мертвый; 6 раз роды закончились силами природы мертвым плодом; 7 раз роды произошли преждевременно, из них 6 раз — не жизнеспособным плодом, прожившим от 10 минут до 10 дней; и 1 раз — жизнеспособным плодом; следовательно, из 24 родов лишь

два раза получен живой жизнеспособный ребенок; процент мертворожденных и нежизнеспособных плодов в этой группе больных достигает очень высокой цифры в 91,6. Кроме того, в результате несвоевременно оказанной акушерской помощи в 4 случаях наблюдались серьезные и опасные повреждения полового аппарата: 1 раз при наложении щипцов и извлечении мертвого плода произошел полный разрыв промежности и прямой кишки; 1 раз при произвольно закончившихся родах мертвым плодом получился мочевого свищ и два раза — рубцовое заращение влагалища.

Четыре больные с плоским тазом, из них двое подвергались кесарскому сечению дважды, до операции имели 13 беременностей, из которых две закончились выкидышем, и 11 раз беременность закончилась родами; причем 2 раза сделано прободение головки живого плода, 3 раза щипцами извлечен мертвый плод, 4 раза роды закончились силами природы мертвым плодом, и лишь 2 раза родился силами природы живой нежизнеспособный плод; процент мертворожденных при плоском тазе несколько ниже, но все же достигает высокой цифры в 81,9. В 3 случаях при произвольных родах мертвым плодом произошли серьезные и опасные повреждения полового аппарата: 2 раза образовались мочевые свищи и 1 раз — рубцовое заращение наружного зева и рубцовое сужение влагалища. Остальные четыре многородающие, оперированные по поводу препятствий в мягких родовых путях, все имели нормальные размеры таза и до операции беспрепятственно рожали по несколько раз.

1. Родовая функция 16 повторно-беременных с узким тазом до операции

Родовая функция	Общесуженный таз—12	Плоский таз—4	Всего 16	Осложнения
А. Беременность	29	13	42	
В. Выкидыши:				
1) самопроизвольные . . .	4	2	6	
2) искусственные	1	—	1	
С. Роды самопроизвольные:				
1) преждевременные жизнеспособным плодом . . .	1	—	1	
2) преждевременные нежизнеспособным плодом . . .	6	2	8	
3) срочные мертвым плодом	6	4	10	5 раз: 3—мочевые свищи и 2—рубцовое сужение влагалища.
Д. Операции:				
1) щипцы — живой плод . .	1	—	1	
2) щипцы — мертвый плод .	1	3	4	1 раз — полный разрыв промежности и прямой кишки.
3) прободение головки плода	9	2	11	1 раз — рубцовое сужение влагалища.
Всех родов	24	11	35	7 раз—повреждение полового аппарата.

Как видно из таблицы, 16 повторнородящих проделали 35 родов, и лишь 1 раз родился живой жизнеспособный плод, и в 1 случае извлечен щипцами жизнеспособный плод, 8 раз — произвольные роды при нежизнеспособном плоде; и 25 раз роды закончились мертвым плодом, причем 16 раз пришлось применять тяжелые акушерские операции. На 26 срочных родов 7 раз произошли серьезные повреждения полового аппарата. Допуская, что повреждения полового аппарата явились результатом запоздалого, а в группе самопроизвольных родов — даже полного отсутствия акушерской помощи, и, следовательно, при своевременной акушерской помощи роды могли быть закончены без нарушения целостности половой сферы, мы все же обращаем внимание на чрезвычайно высокий процент мертворожденных и нежизнеспособных плодов, понизить который возможно лишь посредством кесарского сечения.

Я позволю себе в подтверждение верности наших выводов привести цифры мертворожденных при узких тазах, полученные мною на другом материале; так, например, у больных с суженным тазом, страдающих мочеполовыми свищами послеродового происхождения, цифра мертворожденных достигает 88%, а у больных с плоским тазом — 43%. Такие же приблизительно цифры мертворожденных до кесарского сечения у больных с узким тазом приводят в последней работе Клафтен и Боднар (Klaften и Bodnar) из Венской клиники Peham'a (бывш. Шаута): 64,8% непосредственной смертности детей при родах, а, если прибавить умерших в первые дни до выписки из учреждения, — цифра смертности детей повысится до 87%. Такая высокая смертность новорожденных с наличием очень частых и тяжелых осложнений у рожениц с узким тазом побудила нас пересмотреть старое акушерское положение относительно показаний к кесарскому сечению у первородящих; дело в том, что, не имея до сих пор метода, которым мы могли бы точно производить внутреннее измерение таза, а также не имея возможности до родов точно измерить величину головки плода, мы никогда не можем дать уверенного заключения в каждом отдельном случае о возможности окончания родов силами природы. Эта неуверенность, с одной стороны, и ложный консерватизм, удерживающийся в акушерстве под влиянием неблагоприятных результатов из доантисептической эры, — с другой, породили среди акушеров отрицательное отношение к показаниям для кесарского сечения у первородящих.

При относительных показаниях одним из главных условий для показания к кесарскому сечению считается наличие в анамнезе невозможности родоразрешения живым плодом через естественные родовые пути. Ясно, что такое положение наперед обрекает смерти большой процент первенцев у рожениц с узким тазом. Такое не в меру выжидательное направление в ведении родов при узком тазе, не будучи прочно обосновано на научных данных, является совершенно негуманным и нецелесообразным, так как нарушает современные консервативные принципы в акушерстве — сохранять жизнь и здо-

ровые как матери, так и плода. Нецелесообразно растрачивать жизнь первенцев, которые бывают наиболее крепкими и здоровыми, негуманно обрекать на смерть первенцев у рожениц с узким тазом, так как часто эти первенцы бывают и последними вследствие тяжелых послеродовых осложнений и утраты родовой функции матерями. Двадцать лет назад в своей работе о кесарском сечении д-р Перлис протестовал против первых пробных родов при узком тазе, не без основания указывая, что большой процент мертворожденных должен быть отнесен на счет перворожениц с узким тазом при консервативном ведении родов. В настоящее время выход из этого положения найден в расширении показаний к кесарскому сечению не только у повторнородящих, но и у перворожениц, так как при известных показаниях,—при длительном невставлении головки во входе таза, при наличии несоответствия величины головки и сужения таза, или при неправильном ее вставлении,—только эта операция вполне гарантирует соблюдение консервативных принципов в акушерстве как по отношению к матери, так и к плоду.

Переходя к детальному разбору показаний к операции, я считаю своевременным коснуться вопроса о классификации узких тазов. Босспорно, старое деление тазов на абсолютно и относительно узкие по субъективному принципу возможности окончания родов через естественные родовые пути хотя бы мертвым и даже уменьшенным плодом в настоящее время не может быть приемлемо, так как, с одной стороны, оно не основывается на точных пространственных соотношениях между тазовым кольцом и подлежащей частью, и решение этого вопроса в каждом отдельном случае предоставляется субъективной оценке оператора, его личной опытности и искусству; с другой стороны, такая установка границ абсолютного сужения таза грубо нарушает требования современных консервативных принципов акушерства, так как абсолютно не считается с жизнью плода и недостаточно охраняет жизнь и здоровье матери.

Действительно, в показаниях к перфорации и кефалотрипсии в смысле установки границ сужения таза, допускающей производство этой операции, существует большое разногласие: немецкие авторы—Naegeli, Scanzoni, Bumm—считают такой границей 5,5 см; Шаута и Винкель—6,5 см; Крассовский—6,0—7,0 см; Груздев—6,0—6,5 см; французские авторы—5 см (Tarnier), а английские старые авторы отодвигают эту границу еще выше: Бернс (Barnes) произвел перфорацию при с. в. в 3,8 см, Осборн (Osborn)—при 2,1 см; Черчилль (Churchill), цитируя случаи наивысшего сужения (2,5 см), говорит, что хотя и удавалось извлекать уменьшенный плод при высших степенях сужения таза, но при этом умирали роженицы, а потому он допускает перфорацию при сужении не менее 5 см.

Наиболее приемлемой надо считать классификацию, основанную на объективном принципе возможности рождения живого плода через естественные родовые пути силами природы или с помощью аку-

шерских операций. На I Съезде акушеров и гинекологов проф. Ястребов предложил тазы с с. в. от 9,5 см и ниже считать узкими; все узкие тазы он разделяет на две группы: тазы с с. в. от 9,5 до 7,5 см — относительно узкие, и тазы с с. в. ниже 7,5 см — абсолютно-узкие; при чем тазы абсолютно-узкие разделяет на две степени: тазы с с. в. от 7,5 до 6,6 см — абсолютно-узкие 2-й степени, а тазы с с. в. 6,5 см и ниже — абсолютно-узкие 1-й степени. При общесуженных тазах цифры с. в. в каждой категории соответственно повышаются; точно так же и большая величина предлежащей головки повышает цифры с. в. в каждом разряде; таким образом, таз, относительно узкий при нормальной величине плода, может перейти в разряд абсолютно-узких — при большой величине плода. Согласно этой классификации, границей абсолютно и относительно суженных тазов считается величина прямого размера таза, при которой возможно рождение живого плода через естественные родовые пути силами природы или с помощью оперативного искусства; для плоских тазов граница эта устанавливается в 7,5 см; деление абсолютно-узких тазов на две степени устанавливает границу в 6,5 см, ниже которой родоразрешение через естественные родовые пути даже при мертвом плоде считается непоказанным, так как не гарантирует от возможности случайных и очень опасных для здоровья и жизни роженицы повреждений полового аппарата.

В современной литературе как иностранной, так и отечественной, большинство авторов (Бумм, Дедерлейн, E. Canton, Строганов, Прозоровский и др.) фактически придерживается этой же классификации, о чем свидетельствует единогласное признание недопустимости тазорасширяющих операций при с. в. для плоского таза — ниже 7,5 см и для общесуженного — ниже 8,0 см. Крассовский, полемизируя с английской школой акушеров по поводу показаний к кесарскому сечению и устанавливая границу абсолютного сужения таза в 6,0 см, допускает, согласно английским акушерам, понижение этой цифры, но лишь при мертвом плоде, и решительно высказывается за повышение этой цифры — при живом плоде; другими словами, Крассовский ставил различные границы абсолютного сужения таза при мертвом и живом плодах.

На Международном съезде в Будапеште в докладе „О родоразрешении при узком тазе“ проф. Песталоцца (Pestalozza), придавая размерам таза не абсолютное, а лишь относительное значение — по отношению к размерам плода, и пользуясь номенклатурой Мюллера (Müller), разделяет узкие тазы на жизненные или проходимые, через которые может родиться живой и жизнеспособный плод или самопроизвольно, или при помощи акушерских операций, и нежизненные или непроходимые, при которых получение живого плода возможно лишь посредством кесарского сечения. Это и есть тот объективный критерий возможности рождения живого плода, который кладется нами в основу разграничения абсолютно и относительно суженных тазов, который и указы-

вает границу между абсолютным и относительным показаниями к производству кесарского сечения. Песталоцца считает этой границей, как и большинство современных авторов, размер с. в. в 7,5 см (реф. ЖА 1910, стр. 829).

Я имею в виду лишь подчеркнуть в этом вопросе более точную объективную формулировку, которая переносит главное внимание с возможности родоразрешения через естественные родовые пути мертвым плодом на возможность получения живого ребенка. Принцип получения живого ребенка — это такой объективный факт, который устраняет всякую возможность субъективных отклонений в смысле выбора метода родоразрешения и предохраняет от случайных ошибок, влекущих за собою смерть плода, а часто — расстройство здоровья и смерть матери.

V

По поводу узкого таза 28 рожениц оперированы 31 раз, так как 3 из них подвергались операции дважды. Из 31 роженицы 24 — с общесуженным тазом и 7 — с плоским; из 24 рожениц с общесуженным тазом 9 первородящих и 15 повторнородящих; * показанием к кесарскому сечению служили как желание матери иметь живого ребенка, так и сужение таза, не позволявшее надеяться на получение живого ребенка каким-либо другим методом; принимая границу абсолютного сужения общесуженного таза в 8 см, мы имеем среди перворожениц 6 раз абсолютное сужение: 2 раза — с. в. от 6,5 до 6,75 см; 4 раза — от 7,0 до 7,5 см; в 3 случаях операция сделана при с. в. в 8 см, следовательно, при относительных показаниях; хотя с. в. в 8 см допускает возможность получения живого плода при помощи тазорасширяющих операций, но, принимая во внимание, что у первородящих большинство авторов (Панков, Франц, Бумм, Прозоровский, Строганов, Холмогоров и др.), вследствие возможности тяжелых повреждений мягких родовых путей, считает пубитомию непозволенной, мы остановились на кесарском сечении. Из 15 много-родящих с общесуженным тазом 7 раз кесарское сечение сделано при с. в. от 6,25 до 6,75 и 4 раза — при с. в. 7 — 7,5; в одном из них — при наличии рубцового сужения влагалища; следовательно, 11 раз операция сделана по абсолютным показаниям; 4 раза операция сделана по относительным показаниям при с. в. до 8,0 и заявленном определенном желании иметь живого ребенка. Таким образом, из 24 рожениц с общесуженным тазом 17 раз операция сделана при абсолютных показаниях и 7 раз — при относительных.

Из 7 рожениц с плоским тазом — 1 первородящая и 6 много-родящих; из этих последних 2 больные подвергались операции дважды. Первородящая с с. в. в 7,5 см поступила из родильного приюта через 1,5 суток после отхождения вод с задним видом затылочного предлежания и с настойчивым желанием получить живого ребенка: операция сделана по относительным показаниям; из 6 много-родящих — 2 с с. в. в 6,5 см и 2 с с. в. 8,5 см.

* Из них одна подвергалась операции дважды.

и рубцовым сужением влагалища; следовательно, 4 раза операция сделана по абсолютным показаниям и 2 раза — при с. в. 7,6 и 8,0 см — по относительным показаниям. Следовательно, при плоском тазе 4 раза кесарское сечение сделано по абсолютным показаниям и 3 раза — по относительным. Всего при узком тазе операция сделана 21 раз по абсолютным показаниям и 10 раз — по относительным.

Из операций по поводу препятствий со стороны мягких родовых путей — один раз кесарское сечение сделано по поводу плотной и большой фибромы, занимавшей всю заднюю стенку шейки от наружного зева до внутреннего и выполнявшей всю полость малого таза. Вследствие особой локализации и неподвижности опухоли в этом случае мы считаем сужение родовых путей абсолютным, исключающим возможность родоразрешения через естественные родовые пути.

Второй случай оперирован по поводу огромной многокамерной псевдомуцинозной кистаденомы яичника (в 16 кг весом). За две недели до срока родов больная поступила с резко выраженным отеком нижних конечностей и туловища, с сильной одышкой и ослабленной сердечной деятельностью. Операция сделана по витальным показаниям для удаления опухоли; ввиду же скорого наступления срока родов, полной жизнеспособности плода и возможности расхождения брюшной раны во время родов операция закончена классическим кесарским сечением.

Третий случай касается многородающей (8 pp.) больной, страдавшей до настоящей беременности уже 4 года полным выпадением матки и влагалища; доставлена в больницу с полным выпадением влагалищной трубки и шейки матки, которая представлялась резко отечной, утолщенной и покрытой экскориациями и фибринозным налетом; врачом родильного приюта было сообщено, что роженица в таком состоянии находится больше суток, и раскрытие шейки несколько не подвигается. Ввиду хорошо прослушиваемого сердцебиения плода, решено вправить шейку и затампонировать влагалище, рассчитывая таким образом создать опору для шейки и способствовать ее раскрытию; под влиянием схваток тампон очень быстро выпал, и шейка выпала снова; до следующего утра тампонация повторялась дважды с одинаково отрицательным результатом. Наутро сильные частые схватки, сердцебиение плода ясное, шейка попрежнему перед наружной половой щелью, отечна и покрыта налетом; $t^{\circ} 37,4^{\circ}$. Прежде всего являлась мысль окончить роды влагалищным кесарским сечением, но присутствие у наружного зева экскориаций и фибринозного налета, вследствие травматизации выпавшей шейки, предостерегало от возможности внести инфекцию в полость матки; хорошее общее состояние больной, $t^{\circ} 37,4^{\circ}$, пульс 88, а главное — целостность плодного пузыря, давали основание исключить наличие общей инфекции и считать полость матки и плодного яйца стерильной, почему и предпочли классическое кесарское сечение.

В четвертом случае многорожавшая оперирована по поводу рубцового сужения внутреннего зева.

Наркоз применялся 13 раз общий эфирный, причем 2 раза наблюдалось осложнение пневмонией и 2 раза — кратковременный бронхит; под хлороформом операция сделана 9 раз и под спинномозговой анестезией новокаином — 13; при хлороформном наркозе 2 раза было осложнение бронхитом и 1 раз — атония желудка; при спинномозговой анестезии — 1 раз осложнение кратковременным бронхитом. При эфирном и хлороформном наркозах младенцы родились в полунаркозе, который бывал выражен глубже и дольше, если перед наркозом больной впрыскивался под кожу морфий; одного младенца, извлеченного с пульсирующей пуповиной, но в состоянии глубокой асфиксии, оживить не удалось (при внебрюшинном кесарском сечении). Спинномозговая анестезия гораздо легче переносится матерями и не оказывает угнетающего влияния на плод, а потому за последнее время мы применяли почти исключительно спинномозговую анестезию и не потеряли при ней ни одного ребенка. Общий наркоз применяется лишь в случаях технической невозможности для спинномозговой анестезии (искривления позвоночника).

По технике исполнения операции распадаются на три группы: а) один раз сделано внебрюшинное кесарское сечение по Латцко (Latzko) на больной, поступившей из родильного приюта через 36 часов после отхождения вод и заявившей настойчивое желание получить живого ребенка (1 рр. плоский таз, с. v. 7,5 см, задний вид затылочного предлежания, без вод, t° 38°; живой плод); в 5 сомнительных на инфекцию случаях, но при нормальной t° , при давно отошедших водах и при растянутом нижнем сегменте, разрез сделан в нижнем сегменте матки с предварительной отсепаровкой мочевого пузыря и последующим обшиванием брюшнойной складкой операционной раны; с) в 29 случаях разрез сделан в теле матки, и 1 раз из них поперечный разрез по Фритчу (Fritsch) (1 рр., общесуженный таз, с. v. 6,5 см, роды продолжаются 36 часов, головка над входом, подвижна, воды отошли; t° 37,2°, живой плод), в остальных 28 случаях сделан классический разрез по средней линии в теле матки. В 3 случаях „сомнительных“, при давно отошедших водах, операция сделана с выкатыванием матки по Рейну — Мюллеру из брюшной полости; во всех остальных разрез сделан на матке „in situ“, не выводя ее из брюшной полости, но предварительно изолируя матку от брюшной полости марлевыми салфетками. Такой способ позволяет ограничиваться небольшим в 12—14 см разрезом брюшной стенки и, как видно из наших наблюдений, вполне гарантирует соблюдение необходимой асептики.

Разрез по Фритчу, не представляя каких-либо особых преимуществ в послеоперационном течении, при зашивании создает излишние затруднения в прилаживании краев раны и отнимает больше времени на зашивание ее. Выкатывание матки из брюшной полости безусловно вернее и лучше гарантирует от загрязнения брюшной полости околоплодными водами, но при нем приходится делать слишком большой разрез брюшной стенки, на тщательное зашивание которого уходит больше времени, чем

на самую операцию, и в будущем не исключена возможность образования грыжи; поэтому в случаях чистых, не возбуждающих сомнения на инфекцию, мы предпочитаем разрез матки „in situ“ в брюшной полости, обложив предварительно матку марлевыми салфетками.

При разрезе матки мы не накладываем жгута и не зажимаем маточных сосудов руками ассистента и тем не менее ни разу не наблюдали угрожающего кровотечения, хотя 9 раз разрез пришелся на детское место; в этих случаях мы обходили детское место рукою и быстро извлекали плод. Если на состояние плода разрез по подлежащему детскому месту не оказывал вредного влияния, зато при зашивании раны получалось неплотное приращивание краев ее вследствие слабого и вялого сокращения плацентарного участка стенки матки; поэтому в случаях прикрепления детского места на передней стенке мы старались перемещать разрез либо в сторону от средней линии по краю подлежащего детского места, либо в нижний сегмент матки с отслойкой мочевого пузыря — книзу от детского места; в случаях центрального предлежания детского места приходилось делать поперечный разрез в дне матки.

Отсепаровка мочевого пузыря позволяет переместить разрез в нижний сегмент матки и закрыть брюшиной большую часть маточного шва; такой прием понижает опасность инфекции из полости матки и предупреждает в послеоперационном течении брюшинные сращения (Krönig, Opitz); но, как удалось нам заметить, в таких случаях инволюция матки происходит очень вяло и долго, шейка матки остается смещенной вверх и кпереди; нам приходилось наблюдать в таком положении матку при исследовании больных через несколько месяцев после операции; надо полагать, что, избегая этим способом внутрибрюшинных более податливых сращений, мы получаем рубцовые сращения в клетчатке более прочные и устойчивые, а потому неподвижные и более болезненные. С другой стороны, вялость инволюции матки в этих случаях возможно было объяснить наличием инфекции, при подозрении на которую производился разрез шейки с отсепаровкой пузыря.

Принимая во внимание анатомическое строение из трех пластов мышечной стенки матки и свои клинические наблюдения, мы вполне присоединяемся к мнению Бумма, который зашивание маточной раны считает наиболее важной частью операции и предпочитает непрерывный кэтгутовый трехэтажный шов на мышечную стенку матки и 4-й непрерывный серо-серозный шов. Точно так же проф. Груздев шьет маточную рану непрерывным кэтгутовым трехэтажным швом. George Boyd сообщает о 27 случаях кесарского сечения без единой смерти матери; причину блестящих результатов он видит в выборе случаев и, главное, в тщательном зашивании раны матки.

Для предупреждения вторичной инфекции из полости матки мы придаём гораздо большее значение тщательному наложению швов на маточную рану, чем способу и месту разреза, предпочитая в то же время рассасывающийся

материал для швов. Перед зашиванием полость матки протирается сухим или смоченным в спирту марлевым тампоном; в предупреждение преждевременного закрытия внутреннего зева и в целях обеспечения свободного стока послеродовых отделений из полости матки во влагалище вводится марлевый тампон. На рану матки накладывается непрерывный кэтгутовый шов, шелковые и шелковые швы принципиально избегаются, как нерассасывающиеся; главное внимание обращается на тщательное и плотное прилаживание раневой поверхности, что вполне достигается обязательно многослойным швом — не менее 3—4 рядов; первый погружной непрерывный шов кладется на внутренний мышечный слой, не захватывая слизистой, второй ряд — на сосудистый слой поверх первого, и третьим рядом вместе с наружным мышечным слоем захватывается и брюшинный покров; если последний ряд швов неплотно закрывает рану, то поверх кладется еще четвертый непрерывный серо-серозный шов.

Что такой способ наложения швов на рану матки вполне гарантирует от расхождения раны или проникновения инфекции в послеоперационном периоде из полости матки в брюшную полость, мы могли убедиться на своем материале, не получивши ни разу ни расхождения маточной раны, ни воспаления брюшины, несмотря на то, что 19 раз мы оперировали в сомнительных случаях, которые были неоднократно исследованы вне больницы; 17 — при отошедших водах, из них в 9 случаях воды отошли более суток.

Прочность маточного шва мы могли проверить на вскрытии умерших больных, оперированных по поводу эклампсии, а также наблюдением повторной беременности и родов после кесарского сечения.

Особенно показателен в этом отношении случай кесарского сечения у больной с нормальным тазом, у которой операция была сделана по поводу громадной (16 кг) кистаденомы яичника, и которая после кесарского сечения родила пять раз срочно живых доношенных детей и в настоящее время совершенно здорова. Последние роды в марте 1929 года, десятые по счету и пятые после кесарского сечения, окончились силами природы живой доношенной девочкой в 4200 г весом, без всяких осложнений. Нам пришлось делать кесарское сечение повторно на трех больных, причем старый рубец в матке оказался почти неразличимым.

Вопрос о стерилизации женщин возникает преимущественно в случаях кесарского сечения при абсолютных показаниях, когда и в будущей беременности женщине угрожает повторение операции; в решении этого вопроса в настоящее время еще нет полного единогласия, хотя повторное кесарское сечение, которое возможно произвести при раннем показании и потому при лучших условиях (проф. В. Н. Орлов), представляется не опаснее первичного, почему и ограничиваются показания к стерилизации; некоторые авторы обуславливают производство стерилизации наличием двух-трех живых детей (Клафтен и

Боднар, К. v. Lehoczky - Semmelweis). Понимается, для производства стерилизации необходимо предварительное согласие самой матери.

Мы сделали всего лишь 4 раза усеечение труб: у двух больных показанием к стерилизации, помимо просьбы самих больных, мы сочли обширные повреждения мочевого пузыря и прямой кишки, которым с большим трудом удалось их восстановить операцией перед последней беременностью; у третьей больной, при наличии обширного рубцового сужения влагалища и при наличии двух живых детей, полученных кесарским сечением, мы также сочли показанной стерилизацию, которую и произвели по просьбе больной при повторном кесарском сечении; четвертый раз усеечение труб сделано у первородящей больной с общесуженным тазом, резко выраженным кифозом позвоночника и при наличии туберкулезного процесса в легких. Что к установке показаний для стерилизации нужно подходить очень осторожно, наглядно показывает наш второй случай повторного сечения: женщина 40 лет, подвергавшаяся у нас 6 лет назад кесарскому сечению с целью получения живого ребенка, обратилась к нам вторично с просьбой сделать ей кесарское сечение, так как первый ее ребенок, достигнув 4-летнего возраста, умер от случайной болезни.

Придавая большое значение, кроме техники, также и тем условиям, как целостность плодного пузыря и асептическое состояние роженицы, которые благоприятствуют успеху операции и признаются обязательными большинством как русских, так и иностранных авторов, мы вынуждены были положением современной постановки акушерской помощи отступать от этих правил и сравнительно часто производить кесарское сечение в случаях „сомнительных“, иногда с давно отошедшими водами. Так, например, по большой сводной английской статистике Amand Routh'a, на 1000 случаев смертность матерей, при кесарском сечении до начала родов равная 4,3%, повышается до 35,4% в случаях, произведенных после предварительного исследования и попыток оперативного родоразрешения; по американской статистике Reynold'a, на 289 случаев смертность матерей, при кесарском сечении до начала родов в 1,2%, повышается до 3,8% при операции во время родов, и до 12%—в случаях затянувшихся родов. При соблюдении же этих условий—оперировать лишь в чистых случаях до начала родов или в самом начале родов при целом пузыре—некоторые авторы в целых сериях случаев получили 0% смертности [(Н. И. Побединский—на 37 случаев, Холмогоров—15 случаев) (на 80 случаев 3 смерти), Г. Бойд—27 случаев, Е. Кантон—25; Küstner, Löhne, Menge—в серии на 100 случаев].

Придерживаясь таких условий производства операций, мы должны будем разделить наших больных на две группы: 19 больных, которые были доставлены в роды из дому или из других лечебных учреждений, неоднократно исследовались вне больницы врачом и акушеркой; 16 больных, которые поступили в больницу для кесарского сечения заблаговременно и никем

вне больницы не исследовались. По времени родовой деятельности мы оперировали 1 раз до начала родов, 9 раз—в начале родов при закрытой шейке и целом пузыре, 8 раз—при полном открытии и целом пузыре и 17 раз—при отошедших водах (2 раза—через 72 часа, 1 раз—48 часов, 2 раза—36 часов, 4 раза—24 часа и 8 раз—в промежутки после отхождения вод—от 2 до 8 часов). В числе последних заслуживает особого упоминания случай первороженницы с общесуженным косым тазом (С. ext. 17, прав. кос. 19, лев. кос. 15), в котором, при полном открытии, отхождении вод и наличии большой головной опухоли, после 4-часового выжидания были наложены пробные высокие щипцы, не давшие никакого результата; ввиду хорошего сердцебиения плода и желания матери иметь живого ребенка, роды окончены кесарским сечением с благоприятным исходом для матери и плода.

Проф. А. И. Лебедев и проф. В. Н. Орлов также накладывали высокие щипцы и после безрезультатных тракций производили кесарское сечение с благоприятным исходом. Френкель (L. Fränkel) рекомендует, как правило, вслед за безрезультатным наложением высоких щипцов (инструмент Kielland'a), вместо практикующегося до сего времени прободения головки живого плода, производить кесарское сечение; Calmann, два раза сделавший кесарское сечение после наложения высоких щипцов с благоприятным результатом для матери и плода, также рекомендует взамен высоких щипцов, профилактического поворота и искусственных преждевременных родов выжидательное ведение родов с тем, чтобы при выяснившемся несоответствии размеров головки и таза после пробных высоких щипцов сделать кесарское сечение или пубиотомию. Armitage 7 раз сделал кесарское сечение после длительной родовой деятельности, многочисленных исследований и попыток к родоразрешению с благоприятным исходом для матери и без особых осложнений.

Я далек от мысли рекомендовать в подобных случаях наложение пробных щипцов; напротив, я считаю эту попытку диагностической ошибкой, так как головную опухоль можно принять за опущение головки в полость таза, и остановился подробнее на этом случае, чтобы показать, что внутреннее исследование и попытки инструментального родоразрешения, если только они произведены при благоприятных условиях и с соблюдением строжайшей асептики, не дают еще категорических противопоказаний к производству кесарского сечения.

Благодаря разнообразию нашего материала, состоящегося из рожениц различных учреждений, направляемых к нам при различных условиях и в различные периоды родовой деятельности, мы имеем возможность сравнить результаты операций в группе оперированных экстренно без подготовки с результатами в группе оперированных с подготовкой к операции. Распределивши рожениц на соответствующие группы, мы получим очень наглядную и убедительную таблицу в том, что для благоприятного течения в послеоперационном периоде важное значение имеет не только оперирование в ранних сроках родов при це-

лом плодном пузыре, но преимущественное влияние на гладкое послеоперационное течение оказывает предварительная подготовка больных к операции. В этом отношении операция кесарского сечения ничем не отличается от всякой брюшной гинекологической операции.

2. Осложнения в послеродовом периоде

Осложнения \ Сроки родов	Оперированные без подготовки			Оперированные с подготовкой			Всех осложнений		Всего
	в начале родов, с целым пузырем и с закрытой шейкой	при целом пузыре и открытой шейке	при отошедших водах	в начале родов, с целым пузырем и с закрытой шейкой	при целом пузыре и открытой шейке	при отошедших водах	при операциях без подготовки	при операциях с подготовкой	
Воспаление легких	—	—	2	—	—	—	2	—	2
Бронхит	1	1	—	2	1	1	2	4	6
Тромбофлебит	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Острое расширение желудка	—	—	1	—	—	—	1	—	1
Нагноение клетчатки в операционной ране	—	—	2(3)	—	—	—	2(3)	—	2
Нагноение в швах	(1)	—	(1)	—	—	—	(2)	—	1
Субинволюция матки и лохиометра	—	3	1	—	—	—	4	—	4
Кольпит *	1	—	—	—	—	—	1	—	1
Пиелит и цистит	—	1	1	—	—	—	2	—	2
Всего осложнений	3	5	9	2	1	2	17	5	22
Всего оперировано	3	7	9	4	4	10	19	18	37
Выздоровело	3	7	9	4	4	10	19	18	37
Гладкое течение	1	2	2	2	3	8	5	13	18
Больных с осложнением	2	5	7	2	1	2	14	5	19

3. Осложнения в отдаленных результатах

Сращение матки с передней брюшной стенкой	1	2	1	—	—	1	4	1	5
Сращение матки с салником	—	2	—	—	—	—	2	—	2
Сращение шейки и ретроверзия матки	—	1	3	—	—	—	4	—	4
Расхождение рубца	—	1	—	—	—	—	1	—	1
Всего осложнений	1	6	4	—	—	1	11	1	12
Без осложнений	2	1	5	4	4	9	8	17	25

* Примечания: 1. Кольпит у больной, оперированной по псевдоу выпадения шейки и влагалища.

2. Цифры в скобках означают комбинированные осложнения нагноением операционной раны и в швах при наличии других осложнений.

Действительно, из 19 больных первой группы мы в 17 случаях имели различные осложнения в послеоперационном периоде и при повторном исследовании 8 раз наблюдали стойкие сращения матки; а из 18 больных второй группы мы имели осложнения всего лишь в 5 случаях, из них 4 раза — бронхит и 1 раз — тромбофлебит, которые не могут быть поставлены в прямую связь с кесарским сечением, так как в одинаковой мере наблюдаются и при других чревосечениях; при повторном исследовании в этой группе больных мы 1 раз наблюдали стойкое сращение матки с передней брюшной стенкой, что имеет себе объяснение в запоздалой операции при отошедших водах, когда создаются неблагоприятные условия для зашивания маточной раны. Из 19 больных первой группы наблюдались следующие осложнения: 2 раза — воспаление легких (оба раза — операция под эфирным наркозом и при давно отошедших водах), два раза — кратковременный бронхит, 1 раз — глубокое нагноение клетчатки после внебрюшинного кесарского сечения и 2 раза — нагноение подкожной клетчатки передней брюшной стенки (1 раз — у больной одновременно с пневмонией), три последние больные оперировались экстренно (через 72, 36 и 24 часа после отхождения вод); 1 раз — поверхностное нагноение в швах; 1 раз — острое расширение желудка, уступившее промываниям желудка и двукратному подкожному введению эзерина; 2 раза наблюдался цистит с пиелитом, 1 раз — кольпит (у больной, оперированной по поводу выпадения влагалища и шейки) и 4 раза — вялая и длительная обратная инволюция матки, что я склонен отчасти поставить в зависимость от отсепаровки мочевого пузыря и расположения разреза в нижнем сегменте матки, так как при этом способе в 3 случаях из 5 шейка подтянулась сращениями кверху и кпереди, а тело матки наклонилось кзади. Из 18 случаев, оперированных с предварительной подготовкой, мы наблюдали 4 раза осложнения бронхитом и 1 раз — тромбофлебит.

На 35 операций длительное повышение t° наблюдалось у 2 больных с воспалением легких и у 1 больной с нагноением клетчатки после внебрюшинного кесарского сечения; 16 раз было кратковременное повышение t° — до 2—3 дней и не выше 38° : 5 раз — при бронхите, 3 раза — при нагноении подкожной клетчатки в операционной ране и в швах, 4 раза — в зависимости от вялой обратной инволюции матки, 1 раз — при тромбофлебите, 2 раза — при пиелите и цистите и 1 раз — при кольпите. Из 19 больных первой группы всего лихорадило 15, а из 16 больных второй группы лихорадило 4; если исключить случаи с повышением t° в зависимости от осложнения в дыхательных путях, как не имеющего прямого отношения к операции кесарского сечения, тогда в первой группе останется 11 случаев, повышение t° которых находится в прямой зависимости от операции; во второй же группе три случая имели повышение t° в зависимости от осложнения в дыхательных путях, что может быть поставлено в связь с наркозом и недостаточной вентиляцией в переполненных палатах; лишь осложнение тромбофлебитом надо считать в непосредственной зависимости от операции.

Из этой же таблицы можно видеть, что исследование больных перед операцией вне больницы обуславливает более частое осложнение инфекцией; запоздалое же оперирование при отошедших водах оказывает вредное влияние на развитие не только более частых, но и более тяжелых и длительных осложнений; так, например, в группе из 19 больных 10 поступили с целым плодным пузырем и 9 — с отошедшими водами; как при целом пузыре, так и при отошедших водах, в послеоперационном периоде почти поровну — 7 и 8 раз наблюдалось повышение t° ; но, в то время как при целом пузыре повышение t° зависело от легких и кратковременных осложнений от бронхита, вялой инволюции матки и пизлита, у больных с отошедшими водами повышение t° было обусловлено более тяжелыми и длительными осложнениями: воспалением легких, глубоким нагноением околоматочной клетчатки и клетчатки в операционной ране передней брюшинной стенки и острой атонией желудочно-кишечного канала. Один раз операция сделана за 2 недели до срока родов по витальным показаниям по поводу громадной кистаденомы яичника (16 кг); послеоперационное течение в этом случае, несмотря на тяжелое общее состояние больной, протекало совершенно гладко, без каких-либо осложнений. Точно так же без малейших осложнений в послеоперационном периоде прошли случаи, которые оперированы с предварительной подготовкой в самом начале родов, при целом пузыре, закрытой шейке и не сократившейся еще мускулатуре матки.

Давно известна и всеми операторами отмечается опасность операции при отошедших водах, при чем большинство авторов склонны объяснять этот факт исключительно наличием инфекции и не допускают возможности бороться с ней какими-либо усовершенствованиями техники. Проф. Красовский писал, что больше всего шансов на счастливый исход операции будет в том случае, если она произойдет в конце беременности или в самом начале родов, когда роженица не истощена еще родовым актом, и когда не делались еще попытки окончить роды другими оперативными пособиями (подчеркнуто мною А. О.). На основании изучения своего материала мы всецело присоединяемся к компетентному мнению проф. Красовского относительно „выбора времени операции“, но причины благоприятного исхода операций, произведенных до родов или в самом начале родов, мы видим не в одном лишь факте асептичности этих случаев, но и в благоприятных условиях для наложения маточного шва.

Защитники классического кесарского сечения так же, как и приверженцы цервикального разреза матки одинаково ссылаются на возможность лучшего наложения швов и прилаживания краев маточной раны в своем способе; но для обоснования своих мнений они ссылаются на факты прямо противоположные: первые говорят, что лучше прилаживаются края маточной раны, и прочнее получается рубец, если оперируют в более толстых частях матки (Груздев, Перлис); вторые же, наоборот, говорят, что лучше удается наложить швы, и крепче получается рубец

при разрезе в более тонких частях матки (Крениг, Клафтен, Боднар, Лехоцкий, Hüber); но и те и другие упускают из виду сроки родов, когда производится операция. В ранних сроках родов, когда нижний сегмент матки недостаточно еще подготовлен, а потому разрез в шейке был бы недостаточным и нецелесообразным, все выгоды на стороне классического кесарского сечения; при развитой родовой деятельности, при хорошо подготовленном нижнем сегменте и сократившемся верхнем отделе условия для успешного оперирования представляются в обратном виде: выгоднее делать цервикальный разрез, так как разрез в верхнем отделе приходится при этом делать относительно больший, края раны плотно не прилаживаются, тщательное наложение швов не всегда удается.

Выше нами уже отмечено, какое важное и первенствующее значение мы придаем тщательно наложению маточного шва; здесь же необходимо указать на те затруднения, какие встречаются при наложении швов на маточную рану, если оперируют спустя долгое время после отхождения вод. Дело в том, что, оперируя в самом начале родов, мы имеем рану с плоской поверхностью в тонкой, не сократившейся еще окончательно стенке матки, края которой легко и хорошо прилаживаются швами, и в каждом случае представляется возможность закончить и хорошо укрыть рану серо-серозным швом; кроме того, в этих случаях обычно, по опорожнении матки, соответственно наступающему сокращению, значительно уменьшается операционная рана в матке, что также представляет благоприятное условие для наложения прочного шва и заживления операционной раны.

Совсем иначе обстоит дело, если приходится оперировать при отошедших уже водах: разрез приходится делать на сократившейся уже до некоторой степени матке относительно больший, рана матки при зашивании почти не уменьшается; в силу анатомического расположения мышечных слоев средний с косым и поперечным направлением волокон слой сокращается значительно больше, чем внутренний, а наружный продольный слой, будучи подкреплён поперечными волокнами из мышечного пласта круглых связок (Н. В. Иванов), сокращается еще более среднего, почему рана матки зияет, края раны развернуты наружу, поверхность разреза представляется как бы выпуклой, а стенка матки — очень толстой, вследствие чего края раны прилаживаются с трудом, и не всегда удается наложить последний серо-серозный шов. Предложение Зенгера отсепаровывать по верхнему краю раны брюшину и иссекать полоску мышечной ткани, очевидно, обосновано на аналогичном наблюдении неплотного прилегания верхних краев раны, что находит себе исторически подтверждение в акушерском обычае того времени прибегать к кесарскому сечению лишь после длительной безрезультатной родовой деятельности.

Такие же затруднения при наложении швов мы встречаем при операции Küstner—Piccolli в случаях застарелого выворота, когда матка уже успела значительно сократиться, и разрез ее стенки, вследствие неравномерного сокращения различных мы-

шечных слоев, представляется в виде выпуклой поверхности, для гладкого прилаживания и прочного сшивания которой Нейгебауер рекомендует, подобно предложению Зенгера при кесарском сечении, иссекать мышечную полоску по краю маточной раны; в случаях же недавнего происхождения выворота прилаживание и зашивание разреза вправленной матки удаются легко без предварительного иссечения мышечной пластинки.

Предпочитая на основании вышеизложенных наблюдений производство операции до родов или в самом начале родов, когда родовая деятельность еще недостаточно развита, я применяю, как правило, вслед за опорожнением матки подкожное впрыскивание питуитрина и секакорнина, причем, вопреки наблюдениям проф. Скробанского я неизменно наблюдал быстрое и стойкое сокращение матки, предупреждающее атоническое кровотечение, если только применяемый препарат был надлежащей свежести. Старые препараты, с датой годности к употреблению пережившей свой срок, не вызывали такого быстрого и стойкого сокращения матки. Такие препараты находились в моем распоряжении в годы разлуки и лекарственного голода.

Непосредственные результаты после кесарского сечения при узком тазе, как в отношении матерей, так и в отношении детей, мы получили вполне удовлетворительные; все матери выписывались здоровыми и работоспособными; из детей не удалось оживить одного, извлеченного в глубокой асфиксии при внебрюшинном кесарском сечении, остальные все живы и вполне жизнеспособны; всего родилось 18 мальчиков со средним весом свыше 3418 г и 17 девочек со средним весом свыше 3246 г. 31 раз заживление кожной раны получилось первичным натяжением, и 4 раза, в том числе и внебрюшинное кесарское сечение, рана заживала нагноением.

VI

При повторном исследовании 21 больной отдаленные результаты представляются в следующем виде: 3 раза обнаружено приращение матки к передней брюшной стенке, причем больные не высказывали никаких жалоб; у больной, оперированной по поводу полного выпадения во время родов влагалища и шейки матки, с приращением матки к брюшной стенке устроилось выпадение матки; для полного излечения больной пришлось сделать дополнительно пластические операции на влагалище и промежности; в двух случаях приращение матки получилось у больных, оперированных после длительной родовой деятельности, с давно отошедшими водами, в одном из них кожная рана заживала нагноением; надо полагать, что причина этих сращений кроется в замедленном обратном развитии матки, которое обуславливается наличием инфекции и расстройством кровообращения в полости таза; а также неблагоприятными условиями для наложения маточного шва. При поздней операции с давно отошедшими водами 4 раза обнаружено наклонение матки кзади вследствие подтягивания шейки кверху

и кпереди сращениями в клетчатке — 1 раз после внебрюшинного кесарского сечения и 3 раза после разреза в нижнем сегменте матки с отсепаровкой пузыря; непосредственной причиной сращений также в этих случаях надо считать наличие скрытой инфекции, подозрение на которую служило показанием к этому способу разреза; в одном случае пришлось сделать высокое сечение мочевого пузыря для извлечения камня, образовавшегося на почве зашитого свища перед последней беременностью. Все повторно обследованные больные, не исключая тех, у которых обнаружено приращение матки (по типу венотрофиксации), оказались вполне работоспособными и могущими исполнять свою привычную работу.

Нарушения менструальной функции после операции у наших больных не наблюдалось ни разу; 11 раз наблюдалась беременность, причем два раза беременность была прервана искусственно у одной и той же больной, два раза беременность прервалась под влиянием продолжавшейся лактации; у одной больной беременность продолжается на 4-м месяце, и 6 раз беременность протекала нормально до срока; из них одна больная, оперированная по поводу кисты яичника, с нормальным тазом, после кесарского сечения сделала пять раз срочные роды силами природы; как во время родов, так и в послеродовом периоде никаких отклонений от нормы не наблюдалось; все пять раз роды закончились живыми, доношенными плодами. * У трех больных с узким тазом произведено повторно кесарское сечение, во всех случаях с благоприятным исходом как для матери, так и для плода. Таким образом, понижения способности к зачатию на нашем материале нельзя отметить; напротив, из восьми повторно забеременевших после кесарского сечения — две больные имели сращения матки с передней брюшной стенкой на протяжении всего рубца, причем эти сращения не мешали зачатию и не нарушили правильного течения беременности до срока. Если исключить из 31 оперированных 4 больных, подвергшихся стерилизации: 1 — с полным иссечением фиброзной матки и 3 повторно оперированных, то мы получим на 27 консервативно-оперированных 11 раз или 42,7% повторной беременности. Разумеется, способность к зачатию и сохранение родовой функции у наших больных этой цифрой не может исчерпываться, так как большинство из них по понятным причинам сознательно избегает беременности; подтверждение этого мы видим во втором и третьем случаях повторно оперированных, которые, по их личному заявлению, сознательно пошли на повторную беременность через долгий промежуток времени лишь после случайной смерти первого ребенка, тщательно избегая беременности при его жизни.

VII

Вопрос о повторном кесарском сечении в настоящее время не может считаться вполне разрешенным, а в некоторых своих

* Вес родившихся младенцев от 3500 до 4260 г.

деталей представляется еще спорным. В доантисептическое время, когда кесарское сечение производилось в запущенных случаях после длительной родовой деятельности, вопроса о повторном кесарском сечении почти не возникало, так как первичное кесарское сечение в большинстве случаев заканчивалось операцией Порро, или по меньшей мере стерилизацией, дабы избавить таких женщин от опасности подвергаться второй операции. С распространением антисептики и асептики, с улучшением техники операции и главным образом маточного шва, что повлекло в конечном результате предотвращение главной и непосредственной опасности — инфекции при операции и в послеоперационном периоде, — естественно, эти уродующие женщину операции постепенно отпадают, все чаще и чаще операции принимают консервативный характер, и женщины сохраняют свои половые функции; а так как большинство таких операций производилось и теперь производится по поводу пространственных препятствий со стороны костных родовых путей, сохраняющих свою силу и при последующих беременностях, и головка плода при повторных родах бывает не меньше, а даже больше, то все чаще и чаще приходится прибегать к повторному кесарскому сечению. При повторном кесарском сечении объективно и выпукло выявляются вредные последствия предшествующей операции в виде сращения матки с брюшной стенкой и соседними органами и в виде растяжения и истончения старого рубца; эти осложнения влекут за собою серьезные и опасные для жизни последствия, почему издавна привлекают к себе внимание научных исследователей и практических врачей.

Вопрос о повторном кесарском сечении непосредственно связан с вопросом о большей опасности последующей операции сравнительно с первичной и с возможностью разрыва старого рубца при новой беременности и родах. В литературе, как иностранной, так и русской, накопилось уже достаточно материала в виде отдельных сообщений и сводных статистических данных, позволяющих сделать о определенное заключение, что повторное кесарское сечение не опаснее первичного, что сращения матки с брюшной стенкой и соседними органами, представляющие при повторной операции главное затруднение и опасность, встречаются не во всех случаях и с различной частотой у разных авторов; а возможность разрыва старого рубца большинством авторов признается преувеличенной.

Проф. Грамматикати, считая повторное кесарское сечение менее опасным, чем первичное, пытался объяснить этот факт развитием при первой операции иммунитета к инфекции; проф. В. Н. Орлов оперировал повторно через 15 лет после первой операции, произведенной через 32 часа после отхождения вод, и нашел обширные сращения матки с брюшной стенкой; лучшие результаты при повторной операции, вопреки мнению Грамматикати, он объясняет возможностью ранних показаний и производством операции с предварительной подготовкой в более благоприятных условиях. Перлис в своем случае, несмотря на сращения матки на протяжении всего поперечного разреза, не

видел расхождения рубца и не встретил затруднения при операции, сделав классический разрез матки и обойдя таким образом сращения. Коломенкин в своем случае повторного кесарского сечения обнаружил легкие сращения сальника на небольшом протяжении у верхнего конца маточного рубца; самый же рубец на всем протяжении оказался прочным и макроскопически неразличимым; лишь на месте приращения сальника была изменена брюшина. Кривский, описывая свои два случая повторного кесарского сечения, в одном из которых сращений не было, и в обоих обнаружен прочный рубец, и собравши 74 случая из русской литературы, приходит к заключению, что сращения наблюдаются не во всех случаях и не всегда создают затруднения при операциях, что опасность разрыва рубца невелика, и что стерилизация поэтому может быть показана лишь в случаях абсолютного сужения таза.

В своих трех случаях повторного кесарского сечения мы два раза наблюдали сращение матки с передней брюшной стенкой на всем протяжении старого операционного рубца; разрез сделан по старому рубцу, и вся операция закончена внебрюшинно; в обоих этих случаях первая операция была произведена после длительной родовой деятельности с давно отошедшими водами, каковым обстоятельством мы и объясняем происхождение сращений матки; несмотря на наличие сращений, состояние старого рубца оказалось прочным и макроскопически почти неразличимым, в чем мы убедились тщательным обследованием по вскрытии полости матки. Эти два случая, с одной стороны, как бы подтверждают мнение некоторых авторов (Дедерлейн) о желательном и предумышленном сращении матки с передней брюшной стенкой, так как при этом возможно повторно оперировать внебрюшинно; с другой стороны, они обнаруживают несомненное значение тщательного многоэтажного шва маточной раны для получения прочного рубца даже в сомнительных случаях (один из них протекал с нагноением в подкожной клетчатке брюшной раны). В третьем случае, в котором первая операция была сделана в начале родов при закрытой шейке и целом пузыре, матка оказалась совершенно свободной, на брюшинном ее покрове старый рубец был неразличим, и прочность его подтвердилась тщательным обследованием по вскрытии матки.

По сводной статистике в 108 случаях повторных кесарских сечений Essen Möller (1903 г.) высчитал 20% сращений; среди них наблюдалось 7 разрывов старого рубца и 15 раз — истончение рубца матки. Haven и Young (1903 г.) на сводном материале в 279 повторных операций имели всего лишь 1 раз разрыв и в 5 случаях — истончение рубца. Van Leuwen (1904 г.) на основании сборного материала в 117 случаев заключает, что смертность при повторном кесарском сечении не выше, чем при первом, почему он не считает показанной стерилизацию при первой операции. Mac Pherson (1911 г.) на 39 случаев из Нью-Йоркского родильного дома наблюдал сращения в 20%, истончение рубца в 12% и 1 раз — разрыв рубца. J. W. Swift (Boston, Zbl. f. Gyn. (1925) на основании 160 случаев делает заключение,

что если повторное кесарское сечение опаснее произвольных родов, то все же оно менее опасно, чем первичное; он признает допустимой стерилизацию лишь после 4-го кесарского сечения.

Если в решении вопроса о меньшей опасности повторного кесарского сечения и причинах сращений после операции большинство авторов высказывается определенно, приписывая причину сращений инфекции и объясняя меньшую опасность повторной операции ранними показаниями к операции, что дает возможность избежать инфекции и оперировать в благоприятных условиях, то в вопросе о причинах и происхождении растяжения и разрыва старого рубца еще не достигнуто единогласия.

Некоторые авторы наблюдали расхождение рубца в самом месте сращения матки, почему эти сращения признаются ими за причину растяжения и разрыва рубца. По мнению Freund'a, расхождение рубца в месте сращения зависит от атрофии маточной стенки, которая в этом месте представляет наименьшее сопротивление. Williams (Zbl. f. Gyn., 1921) наблюдал ослабление рубца в случаях полного восстановления тканей, где нельзя было определить гистологически наличие рубцовой ткани; такое наблюдение Вильямса возможно объяснить неплотным приложением и потому неполным срастанием краев маточной раны. Мнению Фрейнда можно противопоставить гистологические исследования Брауна (Zbl. f. Gyn. 1895, цит. по Перлису), который доказал, что на месте рубца маточной стенки после кесарского сечения происходит полная регенерация мышечных волокон, переходящих с одной стороны на другую. Guérin-Valmale и Gaudière (реф. (Zbl. f. Gyn. 1926, № 32) при микроскопическом исследовании препарата матки, полученной при повторном кесарском сечении, едва могли обнаружить место старого рубца, почему они полагают, что можно говорить о полном восстановлении тканей в месте разреза матки. Возможность полного восстановления мышечной стенки матки после кесарского сечения подтверждается также гистологическими исследованиями Максимова, который говорит, что „гладкие мышечные клетки во взрослом организме сохраняют в известной мере способность делиться путем кариокинеза; в окружности поврежденных мест могут наблюдаться митозы. Но эта способность регенерации невелика, и, как правило, более значительные дефекты гладкой мышечной ткани заживают всегда посредством простого рубца. Могут ли гладкие мышечные клетки во взрослом организме образоваться заново из соединительно-тканых (фибробласты), не доказано с положительностью, но фактов, говорящих против этой возможности, не имеется (цит. по Лурье РГВ, II, 1). По мнению Лехоцкого, сращения матки predisposing к разрыву рубца, потому что фиксированная часть менее растяжима; наши два случая со сращениями матки на всем протяжении рубца, в которых беременность протекала без всяких осложнений, повторная операция закончена внебрюшинно, и старые рубцы оказались настолько прочными, что при разрезе макроскопически нельзя было различить рубцовой ткани, эти случаи опровергают предположение

Лехоцкого и наглядно доказывают возможность растяжения матки без ущерба для прочности рубца; да иначе и быть не может, так как сращения в большинстве случаев ограничиваются брюшинным покровом, а брюшина легко и свободно растяжима; этим же свойством брюшинных сращений — легко растягиваться и не препятствовать растяжению беременной матки — объясняется возможность при сращении матки с передней брюшной стенкой оперировать внебрюшинно, на что ссылаются многие авторы.

Нередкое совпадение расхождения и разрыва рубца с прикреплением на старом рубце детского места подало повод некоторым авторам (Ольсгаузен, Дедерлейн, Лехоцкий, Хюбер и др.) приписывать ослабляющее влияние на рубец и причину разрыва рубца — разрушающему действию детского места. Известно, что при произвольных родах почти одинаково часто находят прикрепление детского места как на передней, так и на задней стенках верхнего отдела матки; при беременности после кесарского сечения это соотношение различной локализации прикрепления детского места остается без изменения; так как оперируют чаще разрезом именно передней стенки матки в верхнем ее отделе, то в некоторых случаях получается простое совпадение прикрепления детского места по старому рубцу; предрасположение к прикреплению детского места по старому рубцу имеется лишь в случаях неполного срастания и в случаях врастания слизистой оболочки в мускулатуру матки; ясно, что в этих случаях расхождение рубца надо рассматривать как первичное явление, а прикрепление детского места на таком рубце — как явление вторичное и случайное совпадение.

Для подтверждения высказанного взгляда сошлемся, с одной стороны, на наблюдения прикрепления детского места по старому рубцу без наличия разрыва или даже без малейшего ослабления рубца; в наших трех случаях повторного кесарского сечения прикрепление детского места располагалось по передней стенке в области старого рубца, причем два раза детское место захватывало рубец лишь частично и один раз было расположено симметрично на всем протяжении рубца; ни в одном из этих случаев прикрепление детского места не оказало вредного влияния на рубец.

С другой стороны, Лехоцкий-Земмельвейс наблюдал случай разрыва в старом рубце при поперечном положении плода без всякого отношения к месту прикрепления детского места: при первой операции, ввиду прикрепления детского места на передней стенке, разрез сделан по задней; при второй операции детское место опять прикреплялось на передней стенке, и разрыв произошел на задней. Нейгебауер в своем случае кесарского сечения после операции полного выворота матки наблюдал расхождение старого рубца и фиброзное перерождение ткани детского места в виде узкой полоски соответственно направлению рубца; он объясняет это перерождение недостаточным питанием детского места и высказывает противоположное предположение

о вредном влиянии рубца на детское место. Надо полагать, что, как в случае Нейгебауера, так и у других авторов, истончение и расхождение рубца зависели не от прикрепления на нем детского места, а имели первичное происхождение в результате неплотного сшивания и неполного сращения маточной раны. Не имея в своих случаях ни одного раза расхождения рубца, мы ни разу не наблюдали и перерождения детского места, подобного описанному Нейгебауером. Hartmann и Löschke совершенно правильно объясняют причину расхождения и разрыва рубца вращением слизистой оболочки в разрез матки; это вращение в свою очередь зависит от неплотного прилегания и непрочного сращения раневой поверхности при недостаточно тщательном маточном шве. Лехоцкий, описывая технику маточного шва, определенно указывает на точное и плотное прилаживание слоев операционной раны, чтобы не пострадала прочность рубца от вращения слизистой оболочки в мускулатуру матки.

Schröder (цит. по Лехоцкому) собрал в литературе до 1916 года 63 случая разрыва старого рубца и высчитал, что на 5000 классических кесарских сечений частота разрыва рубца достигает 1,2%, а на 700 случаев цервикального кесарского сечения — 0,3%. При этом Шредер выяснил, что чаще всего разрывы встречаются после фритчевского донного разреза, менее часто — после продольного разреза в теле матки и всего реже — после цервикального. В такой группировке происхождения разрывов рубца видна попытка Шредера выявить зависимость разрыва от метода операции. Цифры Шредера мы заимствовали из работы Лехоцкого-Земмельвейса, который непосредственной причиной разрыва старого рубца признает „неполное соприкосновение раневых поверхностей матки и недостаточность асептики“. И то и другое, конечно, может иметь место в равной мере при всяком методе операции и зависит главным образом от условий и времени производства первой операции и известного уровня технической подготовки оператора; эти моменты в статистике Шредера не учтены, и более высокий процент разрывов после корпорального разреза, быть может, приходится отнести на долю более молодых и менее опытных хирургов, которые, естественно, в начале своей деятельности предпочитают и чаще оперируют по классическому способу, как наиболее простейшему. В подтверждение такого предположения сошлемся на данные Ольсгаузена и Шаута, которые в своем материале вычисляют процент смертности отдельно для случаев, оперированных лично профессором, и для случаев, оперированных их ассистентами. У Ольсгаузена, при общем проценте смертности в 9,9, на долю профессорских операций приходится 4,6% смертности, а для операций его ассистентов смертность повышается до 23% (Zbl. f. Gyn. 1906, № 1). У Шаута общая смертность достигает 8%; для случаев, оперированных лично, Шаута вычисляет 5,2% смертности (Zbl. f. G. 1907, № 7, Neumann).

Некоторые авторы вопрос об осложнениях при кесарском сечении непосредственно связывают с методом операции, забывая, что каждый из методов операции имеет свои особые

показания, зависящие от условий и времени производства операции, и самые модификации методов операции придуманы под давлением неблагоприятных условий, при которых иногда приходится оперировать вынужденно. Поэтому результаты операций, полученные отдельными авторами при любом методе, без учета причинной зависимости тех или других осложнений от условий и времени производства операции, могут служить лишь для суждения о высоте уровня специальной техники и опытности оператора, но ни в коем случае по полученным результатам нельзя судить о преимуществах того или другого метода, так как при неоднородности материала эти результаты совершенно не сравнимы.

Более 20 лет назад Ольсгаузен, расширив показания для кесарского сечения тяжелыми случаями эклампсии, рекомендовал производить кесарское сечение до родов и в предупреждение атонии и кровотечения впрыскивать большие дозы эрготина. Ольсгаузен имел 20 случаев повторного кесарского сечения при узком тазе; все роженицы выздоровели, и лишь у одной был обнаружен небольшой разрыв старого рубца, причем в неразорвавшейся части рубец был очень крепкий и тонкий; больная эта в первый раз была оперирована другим хирургом, и Ольсгаузен объясняет этот разрыв недостаточно прочным прилаживанием маточного шва. В позднейшей своей работе Ольсгаузен говорит, что на 40—50 повторных кесарских сечений ему лишь два раза пришлось наблюдать более обширные сращения матки с соседними органами. Шаута, оперируя часто по относительным показаниям и руководствуясь при этом невставлением головки и большой продолжительностью родов (до 15,5 часов в среднем), на 18 случаев повторного кесарского сечения нашел сращения во всех случаях; состояние же рубца не вызывало опасений за возможность разрыва. Леопольд на 200 кесарских сечений 66 раз оперировал по Порро; в случаях же чистых получил такие прекрасные результаты, которые позволили ему высказать предложение помещать в больницу за 2 недели до родов рожениц с узким тазом для тщательной подготовки к кесарскому сечению; он произвел 35 повторных кесарских сечений с 1 смертельным случаем, где была приращена к матке кишка.

Ольсгаузен, Шаута и Леопольд стремились получить лучшие результаты изменением показаний и улучшением техники, причем это улучшение техники каждым из них оценивалось субъективно, иногда противоречиво друг другу; Ольсгаузен придерживался раннего оперирования, старался избегать разреза матки по предлежащему детскому месту и тщательно накладывал шов на матку. Шаута придавал главное значение асептичности случая, избегая оперировать подвергавшихся внутреннему исследованию, не обращая особого внимания на целостность пузыря и на место прикрепления детского места; работая в иных условиях, Шаута при таком же методе получил гораздо больше, чем Ольсгаузен, осложнений в виде сращений матки; а Леопольд достиг своих прекрасных результатов

ценою большого числа калечащих женщину операций Порро. Хюбер (в 1924 г.), касаясь вопроса о течении последующих родов и прочности старого рубца, на основании материала из клиники Walthard'a и соответствующих случаев из литературы, высказывается определенно в пользу внутрибрюшинного цервикального кесарского сечения, после которого произвольные роды протекают без всяких осложнений (28 случаев), повторное кесарское сечение не представляет затруднений (23 случая), и значительно реже угрожает опасность разрыва рубца при последующих родах; при этом он оговаривается, что прикрепление детского места на старом рубце одинаково угрожает разрывом как при цервикальном кесарском сечении, так и при классическом. Выше мы уже выяснили, что прикрепление детского места на рубце нельзя считать причиной его ослабления и разрыва; наоборот, плохо сросшийся и потому predisposed к растяжению и разрыву рубец сам по себе predisposed к прикреплению на нем детского места.

При всех методах кесарского сечения, при несоблюдении правил асептики и при позднем оперировании, почти одинаково часто наблюдаются сращения, расхождения маточного рубца и другие осложнения в послеоперационном периоде; методы операции не являются конкурирующими между собою в отношении улучшения результатов кесарского сечения, а каждый из них имеет свои особые показания: классическое кесарское сечение—в чистых случаях до родов или в ранних сроках родов; цервикальное—при растянутом нижнем сегменте и при отошедших водах; внебрюшинное—в случаях сомнительных и подозрительных на инфекцию. Для подтверждения этого положения я сошлюсь на две новейшие большие работы, авторы которых пытаются выставить цервикальное кесарское сечение в качестве метода выбора, при помощи которого будто бы возможно предотвратить инфекцию, сращение матки и растяжение маточного рубца. Я имею в виду последнюю работу Е. Клафтена и Л. Боднара, из клиники Пегамы, которые на сравнительно большом материале в 87 кесарских сечений при узком тазе делают свои заключения, что „цервикальное чрезбрюшинное кесарское сечение с отсепаровкой мочевого пузыря лучше предохраняет от инфекции, при нем реже бывают сращения, и после него меньше опасность разрыва матки при последующих родах“. Если же мы проанализируем имеющийся в работе материал, то увидим, что из 87 случаев 56 раз применено классическое кесарское сечение, в 24 случаях—цервикальное, 5 раз—внебрюшинное и по 1 разу—операция Порро и Дюрсена; при такой группировке операций мы в праве предполагать, что Клафтен и Боднар разделяют наше мнение, что методы операции имеют свои особые показания; по исходам операций и осложнениям в отдаленных результатах мы также в праве заключить, что высказанное авторами в начале работы мнение о преимуществах цервикального кесарского сечения перед классическим нельзя

признать обоснованным, так как на 56 случаев классического кесарского сечения и на 24 случая цервикального они одинаково имеют по 1 смертельному исходу от перитонита; в отдаленных же результатах на 15 повторных кесарских сечений после классического они наблюдали 4 раза сращения матки, в нескольких случаях — истончение рубца; из трех случаев повторного кесарского сечения после цервикального — в одном наблюдали в области цервикального рубца расхождение на 4 пальца, вплоть до брюшины; разрыва матки не наблюдалось ни разу.

Автор второй работы — Лехоцкий-Земмельвейс, основываясь на материале в 88 консервативных кесарских сечений, из которых 17 было повторных, высказывается определенно в пользу цервикального кесарского сечения и в подтверждение своего мнения выставляет такие положения, которые могут быть оспариваемы и не могут считаться обоснованными ни научными теоретическими соображениями, ни клиническими данными из материала самого же автора.

Если верно утверждение Лехоцкого-Земмельвейса, как и других защитников цервикального кесарского сечения (Крёниг, Опитц), что инфекция брюшной полости чаще всего происходит в послеродовом периоде через маточную рану инфицированными лохиями, то совсем не доказательно его утверждение, что от этой инфекции лучше предохраняет цервикальный разрез, так как при нем возможно лучше перитонизировать рану, и рубец получается будто бы более прочный: среди умерших в связи с кесарским сечением в его материале мы находим 2 случая смерти от непроходимости кишок и перитонита — одинаково по одной — на 39 классических и на 47 цервикальных; Лехоцкий-Земмельвейс совершенно неосновательно исключает умершую от заворота кишок после цервикального кесарского сечения из числа умерших в связи с кесарским сечением; также неубедительно его утверждение относительно частоты сращений матки, растяжения и разрыва рубца: на 11 повторных кесарских сечений после классического им обнаружены сращения в 7 случаях (64%); на 5 повторных кесарских сечений после цервикального — сращения матки обнаружены в 3 случаях (60), из них два раза матка срослась своим нижним сегментом с брюшной стенкой, и 1 раз матка срослась с сальником и повернулась на 60°; в случае после внебрюшного кесарского сечения большая матка оказалась высоко подтянутой к пупку ко времени выписки.

Цифры сами говорят за себя против утверждения Лехоцкого-Земмельвейса; почти одинаково частые сращения матки при каждом методе, если только можно полагаться на процентные отношения из таких малых чисел, наглядно опровергают утверждение о выгодах цервикального метода перед классическим; особо обращает на себя внимание высокое приращение матки у пупка после внебрюшного кесарского сечения, которое, очевидно, не лишено возможности таких же осложнений. Кроме того, сращения с брюшной стенкой нижним сегментом влекут за собою наклонение матки кзади, что значительно

усугубляет болезненные симптомы. Если же метод операции не оказывает существенного влияния на частоту сращений, то должна быть одна общая причина этих сращений, и причиной этой признается инфекция, наблюдаемая в равной мере при каждом методе операции. Больше того, Шаута, полемизируя в защиту классического кесарского сечения против цервикального, указывает, что „продолжительное выжидание для достаточного растяжения нижнего сегмента представляет опасность внедрения болезнетворных микроорганизмов из нижнего богатого микробами отдела матки — в верхний, стерильный отдел ее“.

Мнение Лехоцкого-Земмельвейса о большей прочности цервикального рубца также не находит себе подтверждения в его клинических данных: он наблюдал 1 раз разрыв рубца на задней стенке матки при поперечном положении плода, и растяжение рубца одинаково по 1 разу — как после классического, так и после цервикального. Большую прочность цервикального рубца Лехоцкий-Земмельвейс пытается обосновать, согласно мнению Крëнига, лучшими условиями заживления раны на пассивном отделе шейки матки; такое утверждение не соответствует ни анатомическому строению матки, ни физиологическим процессам послеродового периода. Со времени обстоятельной работы Н. З. Иванова оба отдела матки признаются одинаково активными, одновременно сокращающимися и выполняющими один общий план — опорожнение матки; но вследствие различного анатомического расположения мышечных волокон один и тот же действенный физиологический процесс сокращения матки влечет за собою различные — прямо противоположные анатомические изменения в верхнем и нижнем сегментах матки: в то время как сокращение мускулатуры верхнего отдела влечет за собою уменьшение объема полости и утолщение стенок, сопровождаясь повышением внутриматочного давления и вытеснением плодного яйца, то же сокращение мускулатуры нижнего отдела влечет за собою увеличение объема полости и растяжение стенок нижнего сегмента, раскрывая шейку и устраняя препятствие для прохождения плодного яйца.

С точки зрения учения Н. З. Иванова, становится совершенно ясным и понятным известный каждому гинекологу клинический факт — раскрытие шейки при пустой матке, когда она сокращается во время трубного выкидыша. Различная физиологическая роль верхнего и нижнего отделов обуславливает в дальнейшем неодновременную обратную инволюцию обоих отделов матки; по опорожнении матки верхний сегмент проталкивает ближайшие стадии обратного сокращения и формируется в ближайшие часы и дни после операции, когда швы еще не успели ослабнуть и рассосаться и держат рану в плотном соприкосновении; нижний сегмент, наоборот, находясь первые дни после родов в полном покое, начинает сокращаться и формироваться значительно позднее — лишь к 6—8-му дню, когда швы уже ослабевают, иногда и рассасываются, в то

время как рубец еще не успел окрепнуть; кроме того, в теле матки получается более толстый рубец, тщательное и послойное накладывание швов облегчается сокращением мускулатуры, уменьшением операционной раны и меньшей кровоточивостью: в шейке матки стенки значительно тоньше, рубец получается более тонкий, тщательное накладывание швов вследствие отсутствия сокращения мускулатуры затрудняется дряблостью тканей и большой кровоточивостью. В конечном результате при классическом методе создаются условия, благоприятствующие правильному заживлению раны и образованию прочного рубца, тогда как при цервикальном методе позднее сокращение мускулатуры и замедленное обратное развитие в этом сегменте влекут за собою нарушение правильного заживления раны и препятствуют образованию прочного рубца. Аналогичные анатомо-физиологические соотношения тканей и условия заживления раны мы наблюдаем при влагалищном кесарском сечении, в учении о котором прочно установлены противопоказания к операции при раскрытой шейке в силу невозможности получить правильный и прочный рубец.

Ольсгаузен и Шаута, являясь защитниками классического кесарского сечения и критикуя цервикальную модификацию операции, указывали на возможность обезвредить операцию более строгой асептикой, но улучшения асептики они достигали путем исключения из показаний к кесарскому сечению тех случаев, которые подвергались вне учреждения неоднократному внутреннему исследованию. Такой подбор исключительно асептических случаев с исключением „сомнительных“, конечно, должен давать непосредственные хорошие результаты, но он в то же время значительно сокращает круг показаний, ставит хирурга в пассивную, зависимую от случайного подбора случаев, роль, причем хирургу часто приходится поступаться консервативными принципами акушерства.

Другой путь улучшения асептичности случаев — это путь активной асептики, которую возможно поддерживать по воле хирурга, и с помощью которой возможно расширить показания к консервативному кесарскому сечению при узком тазе. Я имею в виду раннее оперирование в конце беременности или в самом начале родов с предварительной подготовкой рожениц к кесарскому сечению.

Песталоцца, оперируя в самом начале родов и получивши на 109 случаев 2,03% материнской смертности, считает повторное кесарское сечение неопасным, если только первая операция производилась при асептических условиях. Французские авторы Fournier и Doleris высказываются определенно за предварительную подготовку рожениц к кесарскому сечению как со стороны влагалища и шейки, так и со стороны желудочно-кишечного тракта; такая подготовка непосредственно связана с производством операции до родов в течение последней недели беременности. Фурнье и Mouchotte, который также придерживается операции в начале родов, рекомендуют в предупреждение сращения матки с брюшной стенкой закладывать

вперед маточного шва на два дня дренаж, выводя его в нижний угол брюшной раны; назначение дренажа — впитывать кровь, выступающую из шва при сокращении матки. Мы с своей стороны не можем рекомендовать такого приема, так как дренаж, будучи инородным телом и раздражая брюшину, уже сам по себе может вызвать сращения; выступление крови из шва при сокращениях матки нам приходилось наблюдать непосредственно во время операции в случаях неполного прилегания краев раны и с незаконченным еще серо-серозным швом; следовательно, для устранения выпячивания крови и предупреждения сращений матки с брюшной стенкой необходимы плотное прилаживание краев раны, тщательное накладывание швов и обязательно поверхностный серо-серозный шов; при раннем оперировании до родов или в самом начале родов имеется полная возможность плотного прилегания краев раны и тщательного наложения швов, а потому применение дренажа в этих случаях не только излишне, но, может быть, даже и вредно. Проф. В. Н. Орлов, на III Съезде Р. А. и Г., в прениях по докладу проф. Строганова сказал, что кесарское сечение должно быть производимо в начале родов или даже в конце беременности. Побединский, Холмогоров и Рахманов, располагающие среди русских авторов наибольшим личным материалом и наилучшими результатами, выставляют требование о необходимости предварительной подготовки и производства операции в конце беременности или в самом начале родов. Ам. Ру и Рейнольд в своих сводных статистиках также подтверждают лучшие результаты при раннем оперировании.

VIII

В заключение позволим себе сделать некоторые обобщения относительно кесарского сечения с точки зрения непосредственной опасности для оперируемой и возможности осложнений в виде сращений и расхождения рубца, которые сравнительно часто наблюдаются в отдаленных результатах; голые статистические выкладки о проценте смертности и частоте тех или других осложнений, без учета их причинной зависимости, конечно, не могут разрешить этих вопросов; для решения этих вопросов необходимо выяснить не столько самые осложнения и частоту их, сколько причины их возникновения, чтобы иметь возможность устранением причин предупредить развитие осложнений и таким образом улучшить результаты первичной операции и обезвредить повторную

Главная и непосредственная опасность кесарского сечения, как при всяком другом гинекологическом чревосечении, заключается в развитии инфекции, которая может быть обусловлена техническими погрешностями против асептики или недостаточной асептичностью самой роженицы (неоднократное внутреннее исследование, длительная родовая деятельность, давно отошедшие воды). Обеспечение асептики с технической стороны требует тех же мер предосторожности, как и при других

операциях, и при современном уровне оперативной техники легко достигается. Достигнуть же асептичности самой роженицы не всегда представляется возможным, так как часто приходится оперировать вынужденно после длительной родовой деятельности и отхождения вод; а асептическое состояние полости матки в течение различных сроков родов подвержено изменениям и зависит как от внешних условий и обстановки, в которых протекают роды, так и от продолжительности родовой деятельности.

С другой стороны, опасность инфекции возникает в послеродовом периоде, в течение которого асептичность полости матки нарушается с первых же дней; для предупреждения инфекции из полости матки необходимо обеспечить в послеродовом периоде полную изоляцию полости матки от брюшной наложением прочного шва с тщательным и плотным послойным соприкосновением поверхностей маточной раны. Те же условия нарушения асептики, которые обуславливают непосредственную опасность операции, являются главнейшей причиной осложнений отдаленных — сращений матки и нарушения правильного заживления маточной раны. Выше мы уже упоминали, какое важное значение для получения прочного рубца имеет ранняя операция до родов или в самом начале родов; здесь же мы приходим к заключению, что условия асептического оперирования полнее и совершеннее осуществляются в ранней операции до родов.

Таким образом, исходным пунктом и действительно объективным признаком, независимым от воли хирурга, при прочих равных условиях, в решении вопроса о кесарском сечении и его осложнениях необходимо признать условия и время производства операции, от чего преимущественно и зависит многообразные осложнения, наблюдаемые как непосредственно после операции, так и при повторном кесарском сечении. При современном уровне развития оперативной техники у различных операторов результаты кесарского сечения, как непосредственные, так и отдаленные, определяются прежде всего условиями и временем производства операции; другими словами — общим состоянием роженицы, асептическим состоянием родовых путей и оперированием в ранних сроках родов с предварительной подготовкой роженицы к операции. Эти условия выявляются объективным фактором, независимым ни от воли, ни от опытности хирурга. Вторым фактором, оказывающим влияние на исход операции, надо признать необходимый уровень техники и опытности оператора, а также правильные показания к операции, но, как фактор субъективный и изменяющийся, он имеет значение лишь относительное и не поддается точному учету. Различные методы операции и способы разреза матки, как имеющие каждый свои особые показания, ни в коем случае не могут считаться конкурирующими и заменяющими друг друга с целью улучшения результатов операции.

В области общей хирургии мы имеем не мало примеров таких болезненных форм, при оперативном лечении которых прямое и непосредственное влияние на благополучный исход операции оказывают условия и время производства операции от начала заболевания; при этом техника и метод операции, а также и опытность хирурга имеют второстепенное и лишь относительное значение. Позволю себе напомнить о таких заболеваниях, как ущемленная грыжа, ущемление и заворот кишок, перфоративный аппендицит, прободение язвы желудка и кишок, желчного пузыря; ведь давно и всем известно, что при этих заболеваниях показывается немедленная операция, и исход этих операций зависит почти исключительно от времени, протекшего от начала заболевания до операции. С другой стороны, кесарское сечение, как чревосечение, ничем не отличается от других гинекологических чревосечений; предварительная подготовка к операции существенно необходима и играет такую же важную роль в смысле благоприятного исхода, как и при других операциях. Необходимость асептического состояния роженицы и тщательной предварительной подготовки ее к операции привели к признанию необходимости заблаговременного помещения роженицы в больницу и оперирования до родов.

Сопоставляя литературные данные и свои наблюдения с разделением рожениц на группы оперированных экстренно без подготовки и оперированных с подготовкой, учитывая, кроме того, и продолжительность родовой деятельности до операции (см. таблицы 2 и 3), мы приходим к заключению, что предварительная подготовка рожениц к операции и производство операции в конце беременности или в самом начале родов в настоящее время представляются общепризнанным объективным фактором, оказывающим непосредственное и наиболее благотворное влияние на исход операции, течение послеоперационного периода и уменьшение числа осложнений, наблюдаемых при повторном исследовании и производстве повторного кесарского сечения.

Выводы

1. При современном уровне развития оперативной техники чревосечений и при надлежащих показаниях при узком тазе консервативное кесарское сечение представляется операцией технически простой, неопасной для матери и благотворной для плода.

2. Разделение узких тазов на абсолютно и относительно узкие по анатомическим признакам и степени сужения в прямом размере таза, как не отвечающее жизненным потребностям и консервативным принципам акушерской науки, должно быть заменено биологической классификацией Песталоццы, разделяющей узкие тазы на жизненные или проходимые и нежизненные или непроходимые, в основу которой кла-

98

дается возможность рождения живого ребенка самопроизвольно или с помощью акушерского искусства через естественные родовые пути.

3. С точки зрения биологической классификации абсолютная граница сужения таза должна быть понижена до 7,5 см при плоском тазе и до 8 см при общесуженном.

4. Явно выраженная инфекция со стороны матери и смерть или нежизнеспособность плода составляют существенное противопоказание для кесарского сечения.

5. Корпоральное и цервикальное кесарские сечения в различных модификациях не могут рассматриваться как конкурирующие между собою методы для улучшения результатов; напротив, каждое из них имеет свои особые показания, при которых оно дает наилучшие результаты: а) классическое — в чистых случаях до родов или в самом начале родов; б) цервикальное — при растянутом нижнем сегменте и давно отошедших водах и в сомнительных случаях; в) внебрюшинное — в подозрительных на инфекцию случаях.

6. Сращения матки с брюшной стенкой и соседними органами обуславливается как недостаточной асептичностью роженицы (неоднократное внутреннее исследование, продолжительная родовая деятельность, давно отошедшие воды), так и погрешностями в самой технике операции.

7. Причина растяжения, расхождения и разрыва рубца — недостаточная асептичность случая, поздняя операция в запущенных случаях и грубые нарушения техники маточного шва, в результате чего получается неплотное прилегание слоев и непрочное срастание маточной раны.

8. Прочность маточного рубца наилучше достигается тщательным послойным многоэтажным кэтгутовым швом.

9. Ранняя операция до родов или в самом начале родов, с предварительной подготовкой больной к кесарскому сечению, обеспечивает наилучшие условия соблюдения асептики и полную возможность тщательного и прочного наложения маточного шва, что в свою очередь предупреждает образование сращений и растяжение рубца и обуславливает наилучшие как непосредственные, так и отдаленные результаты.

10. Прикрепление детского места в области плотно и хорошо зажившего рубца не оказывает вредного ослабляющего влияния на старый рубец; и обратно — хорошо заживший рубец не оказывает вредного перерождающего влияния на детское место. Растяжение и разрыв рубца как результат неполного его сращения надо рассматривать как явление первичное, не зависящее от прикрепления на нем детского места, но predisposing само по себе к прикреплению и приращению детского места, которые должны рассматриваться как явления вторичные — на растянутом рубце, или как случайное совпадение — на рубце хорошо зажившем.

11. Половая функция женщин при консервативной операции почти не страдает. Беременность и послеродовой период протекают без особых уклонений.

12. В случаях после операций по иным показаниям при нормальном тазе роды протекают произвольно силами природы без особых уклонений, даже повторно.

13. Повторная операция не опаснее первичной.

14. Стерилизация женщин при первом кесарском сечении должна производиться лишь по медицинским показаниям; стерилизация по социально-экономическим показаниям может производиться с согласия больной при наличии не менее 2—3 живых детей.

15. Улучшения непосредственных и отдаленных результатов после кесарских сечений надо ожидать от выработки более точных и строгих показаний, с одной стороны, и от перехода к ранней операции с предварительной подготовкой больных, с другой.

16. Беременные женщины с узким тазом за 2—4 недели до родов должны помещаться в больницу для подготовки к кесарскому сечению.

ЛИТЕРАТУРА РУССКАЯ

1. Абражанов А. А. К вопросу о кесарском сечении при относительном показании. ЖА. 1899.—2. Богданов П. Ф. 34 случая кесарского сечения. ЖА. 1915.—3. Бумм Е., проф. Руководство к изучению акушерства. 1905. Изд. Пр. Мед.—4. Грамматикати И. К. Кесарское сечение при запущенных поперечных положениях плода. Р. Вр. 1911.—5. Груздев В. С. Акушерство, т. II, 1922.—6. Замшин А. И. К вопросу о кесарском сечении при относительном показании. Вр. 1888. № 8.—7. Иванов Н. З. Отношение круглой маточной связки к матке.—8. Тр. I СРАГЖА 1904. Иванов Н. З. Мускулатура связок матки в связи с распределением мышечных пучков в самой матке. ЖА. 1911. № 1.—9. Иванов Н. З. Дренаж матки после кесарского сечения. ЖА. 1914.—10. Кан Э. Г. Кесарское сечение цервикальным разрезом, ЖА. 1909.—11. Кельбер. К вопросу о регенерации мышц матки при ранении ее. Дисс. СПб. 1897.—12. Коломенкин Н. А. К казуистике повторного кесарского сечения. Мед. Обзор. 1906, №13.—13. Красовский А. Я., акад. Оперативное акушерство со включением учения о неправильностях женского таза. 1889.—14. Кривский Л. А. К вопросу о повторном кесарском сечении. ЖА. 1908.—15. Лебедев А. И. Кесарское сечение или краниотомия при живом плоде. Газ. Ботк. 1886, и Тр. ОРВ. 1889.—16. Личкус Л. Г. Современное положение вопроса о надлонном (внебрюшинном) кесарском сечении. ЖА. 1910, стр. 637.—17. Личкус Л. Г. О хирургическом направлении в акушерстве. ЖА. 1910, стр. 859.—18. Личкус Л. Н. К вопросу о течении беременности и родов после внебрюшинного кесарского сечения. Отч. ЖА. 1912.—19. Лурье Р. Г. Кесарское сечение в третий раз на одной и той же больной и стерилизация. РГВ, т. II. 1924.—20. Максимов А. Основы гистологии. 1-е и 2-е изд.—21. Михайлов. О кесарском сечении с хирургической точки зрения. ЖА. 1916.—22. Муратов А. А. Несколько замечаний по поводу трех случаев кесарских сечений. Р. Вр. 1904, № 13.—23. Муратов А. А. Несколько замечаний по поводу двух случаев кесарских сечений, произведенных при необычных показаниях. ЖА. 1911, № 10.—24. Новиков А. М. Случай надлобкового внебрюшинного кесарского сечения при узком тазе. МО. 1911.—25. Орлов В. Н. К технике производства повторного кесарского сечения. Р. Вр. 1903, № 7.—26. Орлов В. Н. Повторное кесарское сечение Р. Вр. 1904, № 48.—27. Орлов В. Н. Тр. III СРАГ 1907 г. (в прениях по докладу Строганова).—28. Перлис. Пять случаев кесарского сечения, ЖА. 1905.—29. Побединский Н. И. К терапии при узком тазе. ЖА. 1903.—30. Побединский Н. И. Успехи кесарского сечения в России за последние 25 лет. Отч. АКУ 1909—1913.—31. Потеенко В. В. Кесарское сечение при относительном показании. ЖА. 1904, № 2.—32. Потеенко В. В. Кесарское сечение при рубцовых сужениях влагалища. ЖА. 1903.—33. По-

теенко В. В. Четыре кесарских сечения. ЖА. 1911, № 7—8.—34. Потеев В. В. 14 кесарских сечений. ЖА. 1916.—35. Прозоровский Н. М. Семь случаев пубитомии, с демонстрацией больной после повторной пубитомии. ЖА. 1910.—36. Рахманов А. Н. 30 случаев классич. кесарских сечений. МО. 1913.—37. Рахманов А. Н. Вторая серия кесарских сечений. Вр. Д. 1922, № 24—26.—38. Кривский Л. А. Случай повторного кесарского сечения. ЖА. 1904.—39. Рейн. Е. О. расширении показаний к кесарскому сечению. Тр. I СРАГ. ЖА. 1904. 40.—Стратиевский Л. О. К казуистике операции Рогго. ЖА. 1904.—41. Строганов В. В. Оценка методов форсированного родоразрешения. Тр. I СРАГ. ЖА. 1904, март.—42. Строганов В. В. К казуистике операции Рогго. ЖА. 1904.—43. Строганов В. В. О пубитомии. Тр. III СРАГ. ЖА. 1910, стр. 707.—44. Скробанский К. К. К технике кесарского сечения. ЖА. 1916.—45. Сутугин В. В. К вопросу об условном показании к кесарскому сечению. Вр. 1888.—46. Успенский В. В. К казуистике неправильностей женского таза. Четыре случая классического кесарского сечения. МО. 1900.—47. Ушков А. А. К вопросу об относительном показании к кесарскому сечению. МО. 1910, № 10.—48. Тихов Пл. Кесарское сечение с одновременным удалением яичниковой кисты. ЖА. 1910.—49. Феноменов Н. Н. Оперативное акушерство. 6—8 изд. 1910.—50. Холмогоров С. С. Кесарское сечение при относительных показаниях. Р. Вр. 1906.—51. Холмогоров С. С. Терапия при узком тазе. ЖА. 1908, № 3 и 4.—52. Холмогоров С. С. Показания и условия для производства кесарского сечения при узком тазе. Р. Вр. 1909, №№ 35 и 36.—53. Холмогоров С. С. Внебрюшинное кес. сечение по Lutyko. ЖА. 1910, № 7—8.—54. Холмогоров С. С. Еще 15 случаев класс. кесарского сечения. Р. Вр. 1910.—55. Он же. Еще 15 случаев класс. кесарского сечения. Р. Вр. 1912.—56. Он же. Еще 15 случаев класс. кесарского сечения. Р. Вр. 1914 г.—57. Schauta Fr. Sectio caesarea. Реальн. Энцикл. практ. медицины. А. Eulenburg, русск. пер. 1912, т. IX, стр. 249.—58. Ястребов Н. В. О консервативном кесарском сечении. ЖА. 1904.—59. Ястребов Н. В. Консервативная терапия родов при узких тазах. Тр. I СРАГ. ЖА. 1904, № 7 и 8.

ЛИТЕРАТУРА ИНОСТРАННАЯ

1. Armitage H. M. (Chester). Surg. gyn. and obstetr. 1925, реф. Kaiserschnitt nach Entbindungsversuch. Zbl. f. Gyn. 1926, № 32, S. 2117.—2. Audebert et Fournier. Подготовка к кесарскому сечению. VI франц. конгр. гинек. и ак. 1910, реф. ЖА. 1911, стр. 171.—3. Baisch. Hebostomie und extraperitoneale Kaiserschnitt. D. M. W. № 46, 1909.—4. Baisch. Reformen in der Therapie des engen Beckens. Leipzig. 1907.—5. Baisch. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 53, 1920.—6. Baisch. Внебрюшинное, или чрезбрюшинное кесарское сечение, реф. ЖА. 1916, стр. 971.—7. Braun. Zbl. f. Gyn. 1895; цит. по Перлису—ЖА. 1905.—8. Brindeau A. Dangers de la césarienne abdominale itérative. L'Obstétr. 1908, Octobre; реф. ЖА. 1909, стр. 583.—9. Brindeau A. Des difficultés de l'opération césarienne, répétée chez la même femme. L'obstétr. № 1 1909, реф. ЖА. 1909, стр. 775.—10. Boyd G. Report of six successful Cesarian sections with some Remarks on the repeated operation. Amer. Journ. of Obstetr. a. Gyn. August 1909; реф. ЖА. 1910, стр. 841.—11. Boyd George. Cesarian section. Twenty seven cases with out maternal mortality, Amer. Journ. of Obstetr. a. Gyn. March 1911; реф. ЖА. 1911, стр. 1298.—12. Bumm E. Zur Technik und Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes. Zbl. f. G. 1902, № 52; реф. ЖА. 1904.—13. Bumm E., Prof. Kaiserschnitt. V Congr. intern. 1910. Перепбур, реф. ЖА. 1910, 1822.—14. Bumm E. Ueber Beckenhochlagerung in der Geburtshilfe. Zbl. f. G. 1911, № 9, реф. ЖА. 1911, стр. 908.—15. Bogdanovics. Adrenalin beim Kaiserschnitte. Zbl. f. G. 1909, № 12; реф. ЖА. 1909, стр. 550.—16. Brunet. Eine seltene Indication zum Kaiserschnitte. Zbl. f. G. 1906, № 2; реф. ЖА. 1906, стр. 746.—17. Calmann A. (Hamburg). Hohe Zange und Kaiserschnitt. Zbl. f. G. 1926, № 7, S. 393.—18. Canton Eliseo. 25 cas d'opération césarienne conservatrice sans mortalité maternelle. Indications et contre-indications. Annales de Gynécologie et d'obstétrique. Juin 1907; реф. ЖА. 1908, стр. 171.—19. Chatillon (Genève). Ueber die Widerstandsfähigkeit der Narben im unteren Uterinsegment (Revue franç. de gynécol. et obstétr. 1924 № 19), реф. Zbl. f. G. 1925, № 48.—20. Dahlmann. Zerreibungen der Gebärmutter nach Kaiserschnitt. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 32, H. 1. 1910; реф. ЖА. 1911, стр. 372.—

21. Cholmogoroff. Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko. Zbl. f. G. 1910, №16.—22. Döderlein—Krönig. Operative Gynäkologie. V Aufl. 1924.—23. Döderlein A. Ueber Hebosteotomie mit extraperitonealen Kaiserschnitt. V Congr. intern. 1910. СПБ., пеф. ЖА. 1824.—24. Doleris A. Moment et technique de l'opération césarienne conservatrice. La Gynécologie. 1909 № 5, пеф. ЖА. 1909, срп. 1208.—25. Doleris A. Prof. (Paris). Opération césarienne répétée ou itérative. Adhaerens utéro-pariétales. Cicatrices vicieuses. V Congr. intern. 1910, СПБ.—26. Dührssen A. Der vaginale Kaiserschnitt. Winkel's Handb. der Geburtsh. III Bd., 1 T. 1903.—27. Dührssen A. Ueber die neue Aera der Geburtshilfe und die Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes bei engem Becken. Beitr. zur Geb. u. Gyn. Bd. XIV, H. 1, 1909, пеф. ЖА. 1910, срп. 1017.—28. Essen Möller—цит. no Brindeau, ЖА. 1909, 583.—29. Ewerke Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XIV, 461. 30.—Fasbender H. Geschichte der Geburtshilfe. Jena. 1906.—31. Felkin. Winkel's Handb. der Geburtsh. 1903. III Bd. 1 T., S. 781.—32. Fournier. Réflexions sur 32 cas d'opération césarienne, пеф. ЖА. 1907, срп. 324.—33. Frank Fr. Subcutaner Symphysenschnitt und suprasymphysäre Entbindung. V Congr. intern. 1910 СПБ.—34. Frank Fr. Die suprasymphysäre Entbindung und ihr Verhältniss zu den anderen Operationen bei engem Becken. Arch. f. Gyn. Bd. 81, T. 1, S. 46.—35. Fränkel L. (Breslau). Kiellandzange und Kaiserschnitt, Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1925; H. 5—6. (no Calmann'y)—36. Freund H. W. Indiziert eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wiedereintretender Schwangerschaft. Zbl. f. G. 1903 (Bd. 27), S. 234 (цит. no Lechoczky). 37. Freund H. Völlig extraperitoneale Kaiserschnitt. Zbl. f. G. 1909, S. 560.—38. Guérin-Valmale et Gaudière. (Marseille). Histologische Untersuchung einer uterinen Narbe nach Kaiserschnitt (Bull. Soc. d'obstétr. et Gyn. de Paris. 1924, № 9, p. 745), пеф. Zbl. f. G. 1926, № 32, S. 2116.—39. Hartmann K. Wiederholter klassischer Kaiserschnitt und suprasymphysäre Entbindung. Gynäk. Rundschau 1910. H. 23, 24; пеф. ЖА. 1911, срп. 923.—40. Hartmann K. und Loeschke H. Die Uterusnarbe nach suprasymphysärem extraperitonealem Kaiserschnitt. Gyn. Rundschau 1913; пеф. ЖА. 1914, срп. 907.—41. Haven u. Jo ung (1903)—цит. no Brindeau, пеф. ЖА. 1909, срп. 583.—42. Hüber H. (Zürich). Die Vorzüge des Entbindungsschnittes in der cervix gegenüber dem Entbindungsschnitt im corpus Uteri für die nachfolgenden Geburten (Schweizer m. W. 1924, № 42—43), пеф. Zbl. f. G. 1926, № 32, S. 2117.—43. Hegar A. Die operative Aera der Geburtshilfe. Beitr. zur Geb. u. Gyn. Bd. XII. 1908.—44. Hofmeier. Der „extraperitoneale“ und suprasymphysäre Kaiserschnitt. Zbl. f. G. 1908, № 29.—45. Hofmeier. Zur Frage der Desinfectio Kreissender. Zbl. f. G. 1909, № 43.—46. Kehrer F. A. Ueber ein modifiziertes Verfahren beim Kaiserschnitt. Arch. für G. Bd. 19, H. 2. 1882.—47. Kehrer F. A. Historisches u. Kritisches über den Kaiserschnitt. Beitr. zur Geb. u. G. Bd. 14, H. 1, 1909; пеф. ЖА. 1910, 1016.—48. Kleinhans F. Der erhaltende Kaiserschnitt. Winkel's Handb. d. Geburtsh. 1903, III Bd., 1 T. S. 780.—49. Klaffen u. Bodnar. Arch. f. G. Bd. 126, H. 1.—50. Krömer P. Pituitrin als Vorbereitung zum Kaiserschnitt und als Mittel gegen Wehenschwäche. Zbl. f. G. 1911, 1364; пеф. ЖА. 1911, 1744.—51. Krönig B. Verhandl. der D. Ges. f. Gyn. XI Kongr. 1906, Kiel, S. 128.—52. Krönig B. Zur Behandlung der Placenta praevia. Zbl. f. G. 1908, № 46.—53. Krönig B. Zur Klinik der Placenta praevia. Zbl. f. G. 1909, № 15.—54. Krönig B. Wie weit soll das Recht des Kindes auf Leben bei Geburt gewahrt werden. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 23, H. 1; пеф. Zbl. f. G. 1905, S. 1143; пеф. ЖА. 1906, срп. 631.—55. Küstner O. Indiziert eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wiedereintretenden Schwangerschaft? Zbl. f. G. 1903, № 4.—56. Küstner O. Für den extraperitonealen Kaiserschnitt. Zbl. f. G. 1911, S. 966.—57. Küstner O. Weitere Erfahrungen über den extraperitonealen Kaiserschnitt, über seine Indicationsstellung und Methodik. Zbl. f. G. 1914, № 10.—58. Küstner O. Kaiserschnitt, Rückblick und Ausblicke. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. m. 63.—59. Küstner O. Extraperitonealer Kaiserschnitt wegen verschleppter Querlage. Zbl. f. G. 1915, № 28, пеф. ЖА. 1916, 969.—60. Küstner O. Perforation des lebenden Kindes oder extraperitonealer Kaiserschnitt. Zbl. f. G. 1922.—61. Hartmann K. Ueber Geburten nach suprasymphysären Entbindung. Zbl. f. G. 1910, 939.—62. Lange M. Zur Frage des trans- und extraperitonealen cervicalen (suprasymphysären) Kaiserschnittes. Monatschr. f. Geb. u. G. Bd. 31, H. 5, пеф. ЖА. 1911, срп. 209.—63. Latzko W. Ueber den extraperitonealen Kaiserschnitt. Zbl. f. G. 1909 № 8; пеф. ЖА. 1909.—64. Lechoczky-Semmelweis. Ueber den wiederholten Kaiserschnitt. Arch. f. G. Bd. 127, H. 1.—

65. Leopold G. Welche Stellung nimmt die klassische Sectio caesarea zur Hebo-
steotomia und zur extraperitonealen Kaiserschnitt ein. Arch. f. G. Bd. 91, H. 2; реф.
ЖА. 1911, 734.—66. Leopold G. Beitrag zur Sectio caesarea auf Grund von
229 Fallen. Arch. f. Gyn. Bd. 81.—67. Von Leuwen. Ann. de Gynécologie
1904, p. 577 (цит. по Кривскому ЖА. 1908, стр. 856).—68. Meyer L. (Copen-
hague). Rupture de cicatrice utérine après section césarienne. L'Obstétrique № 1,
1908, реф. ЖА. 1908, стр. 815.—69. Meyers Konversations-Lexikon. 1874.
Bd. III, S. 941. „Buddhismus“—Buddha.—70. Mouchotte J. Remarques conser-
nant une série de 14 opérations césariennes conservatrices. L'Obstétr. 1908 Novembre;
реф. ЖА. 1909, стр. 578.—71. Naecke. Ruptur der alten kaiserschnittnarbe. Zbl. f. G.
1909, S. 213.—72. Neugebauer F. Ueber eine Geburt nach Piccolioperation.
Zbl. f. G. 1913, № 15.—73. Neumann. Die Sectio caesarea in der Klinik Schauta,
Zbl. f. G. 1907, № 7.—74. Olshausen R. Zur Lehre vom Kaiserschnitt. Zbl. f. G.
1906, № 4.—75. Olshausen R. Zur Kaiserschnittfrage. Zbl. f. G. 1909, № 43.—
76. Opitz E. Ueber Bedeutung und Wahl der Technik des Kaiserschnittes. V Congr.
intern. 1910. СПб.—77. Opitz E. Zur Technik des Kaiserschnittes. Zbl. f. G. 1911.
№ 27.—78. Pankow O. Hebo-osteotomie oder Kaiserschnitt. V Congr. intern.
1910. СПб.—79. Pankow O. Ueber Placenta praevia. Ztschr. f. Geb. u. Gyn.
Bd. LXIV, H. 1. 1909.—80. Mac Pherson. Multiple cesarian section with the re-
sults in Thirty nine cases, done at the New-York Lying in Hospitale (Amer. Journ.
of Obstetr. a. Gyn. March 1910); реф. ЖА. 1911, стр. 1299.—81. Pestalozza E.
Prof. L'accouchement dans les bassins rétrécis. L'Obstétr. Octobre 1909. XVI (Ме-
ждуна. съезд в Будапеште), реф. Zbl. f. G. 1910, № 9; ЖА. 1910, стр. 829.—82. Pe-
stalozza E., Prof. Il taglio cesareo. L'opération césarienne. Tr. V Congr. intern.
1910. СПб. 83. Pinard A. Therapeutique de la dystocie causée par viciation pé-
lviennne à la clinique Baudeloque (1899—1907). Annales de Gynécol. et d'obstétr.
Septembre 1907, реф. ЖА. 1908, стр. 170.—84. Pinard A. Prof. De l'obstétrique
opératoire dans la dystocie par viciation pelvienne. L'obstétr. Novembre 1908,
реф. ЖА. 1909, стр. 577.—85. Porro Ed. Dell' amputazione utero-ovarica come
complimento di taglio cesareo. 1876.—86. Reynolds (Boston) цит. по Doleris.—
87. Richter. Zyr Kritik des cervicalen Kaiserschnittes. Arch. f. G. Bd. 91, H. 2,
реф. ЖА. 1911, стр. 734.—88. Roth E. Ueber die Bewertung der Hebo-
steotomie auf Grund von 85 Operationen. Arch. f. G. Bd. 91, H. 2; реф. ЖА. 1911,
стр. 733.—89. Routh Am. Caesarean section in Great Britain and Ireland.
V Congr. intern. 1910. СПб.—90. Routh Am. The Indication for, and Technique
of Caesarean Section and its alternatives in Women with Contracted Pelves, who
have been long in Labour and Exposed to septic Infection. Journ. of Obstetr. a.
Gyn. Brith. Emp. Febr.; реф. ЖА. 1911—1114.—91. Sanger M. Der Kaisers-
chnitt bei Uterusfibromen nebst vergleichender Methodik der Sectio caesarea und
der Porrooperation. Kritische Studien und Vorschläge zur Verbesserung des Kai-
serschnittes. Leipzig 1882.—92. Schauta Fr. Kaiserschnitt. Real Encycl. des
gesam. Heilkunde. Eulenburg. III Aufl. 1897. Bd. XII, S. 46.—93. Schauta Fr.
Ein Wort für den Klassischen Kaiserschnitt. Monatschr. f. Geb. u. G. Bd. XXI,
H. 1.—94. Schröder R. Monatschr. f. Geb. u. G. Bd. 44, H. 3. 1916 (цит. по
Lechoczky).—95. Schläfli Ad. 700 Hebo-osteotomien. Ztschr. f. Geb. u. G.
Bd. LXIV, H. 1, 1909; реф. ЖА. 1910; стр. 823.—96. Sellheim H. Der extraperi-
toneale Uterusschnitt. Zbl. f. G. 1908, № 5.—97. Sellheim H. Weiteres vom
extraperitonealen Uterusschnitt. Zbl. f. G. 1908, № 10.—98. Sellheim H. Die
Entbindung durch die „Uterusbauchdeckenfistel“. Zbl. f. G. 1908, № 20.—
99. Sellheim H. Die Technik des extraperitonealen Uterusschnittes und die Ent-
bindung durch die Uterusbauchdeckenfistel. Beitr. zur Geb. u. G. Bd. XIV, H. 1.
1909; реф. ЖА. 1910, стр. 1017.—100. Sellheim H. Zur Begründung, Technik,
Indication und Nomenklatur der Schnittentbindung. Gynäk. Rundschau, H. 16,
1909, реф. ЖА. 1910 стр. 1493.—101. Sellheim H. Die modernen Bestrebungen
z. Verbesserung d. Kaiserschnittstechnik. V Congr. intern. 1910.—102. Solms E.
Der Flankenkaiserschnitt. Zbl. f. G. 1909, № 51.—103. Swift J. W. (Boston),
реф. Zbl. f. G. 1925, № 52. Ist Sterilisierung nach Kaiserschnitt angezeigt?—
104. Veit J. Der Kaiserschnitt in moderner Beleuchtung. Volkmann's Sammlung
Klinischer Vorträge, № 189,—реф. ЖА. 1909, стр. 699. 105. Veit J. Ueber den
Kaiserschnitt. V Congr. intern. 1910 G. СПб.—106. Veit J. Zur weiteren Verbes-
serung der Kaiserschnittstechnik. Zbl. f. G. 1911, S. 609.—107. Veit J. Zur Tech-
nik des Kaiserschnittes. Zbl. f. G. 1913, S. 713.—108. Williams. Zbl. f. G. 1921,
реф.—109. Winckel Fr. Handbuch der Geburtshilfe 1903, Bd III, 1 T., S. 781.

Kaiserschnitt bei engem Becken und bei Hindernissen seitens weichen Geburtswege

Dr. A. N. Orlov

Bei dem heutigen Zustande der Bauchschnittoperationstechnik und den entsprechenden Indicationen ist der conservative Kaiserschnitt bei engem Becken eine technisch leichte Operation, ungefährlich für die Mutter und wohlthätig für die Frucht.

Die Einteilung der engen Becken in absolut und relativ enge auf Grund von anatomischen Anzeichen und von dem Verengerungsgrade im geraden Umfange des Beckens muss als den Lebensbedürfnissen und den konservativen Prinzipien der Geburtslehre nicht entsprechend, durch die biologische Klassifikation Pestalozza's ersetzt werden.

Bekanntlich, teilt diese Lehre die engen Becken in lebensfähige oder passierbare und nicht lebensfähige oder unpassierbare ein und gründet sich auf die selbsttätige oder mit der Geburtshilfe Geburtsmöglichkeit eines lebendigen Kindes durch die natürlichen Geburtswege.

Der biologischen Klassifikation gemäss muss die absolute Grenze der Beckenverengerung bei platten Becken bis zu 7,5 cm und bei allgemein verengten — bis zu 8 cm herabgesetzt werden.

Die offenbare Infection seitens der Mutter und der Tod oder Unlebensfähigkeit der Frucht sind unzweifelhafte Kontraindicationen des Kaiserschnittes.

Der korporale und der cervikale Kaiserschnitt in seinen verschiedenen Modificationen dürfen nicht als miteinander konkurrierende Methoden zur Verbesserung der Resultaten angesehen werden. Im Gegenteil, ein jeder von ihnen hat seine Indicationen, laut welchen er die besten Resultate gibt: a) der klassische — in reinen Fällen vor der Geburt oder ganz beim Anfange der Geburt; b) der cervicalische — bei ausgedehntem unterem Segmente und längstabgegangenen Fruchtwasser und in zweifelhaften Fällen; c) der extraperitonealische — in der infectionverdächtigen Fällen.

Eine frühzeitige Operation — vor der Geburt, oder ganz beim Anfange der Geburt mit vorausgegangener Vorbereitung der Kranken zum Kaiserschnitt garantiert die besten Bedingungen der Aufrechthaltung der Asepsis und die volle Möglichkeit einer sorgfältigen und festen Auflegung der Uterusnaht, was seinerseits die Bildung eines Zusammenwachsens und eine Ausdehnung der Narbe verhütet und die besten unmittelbaren und weiten Resultate bedingt.

Bei einer konservativen Operation leidet die Frauengeschlechtsfunktion fast garnicht. Die Schwangerschaft und die Nachgeburtsperiode verlaufen ohne besondere Abweichungen.

In den Nachoperationsfällen laut anderen Indicationen bei normalem Becken verläuft die Geburt, sogar wiederholt, selbsttätig auf natürlichem Wege ohne besonderen Abweichungen.

Eine wiederholte Operation ist nicht gefährlicher, als die erste.

Eine Sterilisation der Frauen beim ersten Kaiserschnitte darf nur nach medizinischen Angaben vorgenommen werden; eine Sterilisation laut sozial-economischen Angaben darf nur mit Einwilligung der Kranken, wenn sie nicht weniger als 2—3 lebendige Kinder hat, ausgeführt werden.

Eine Verbesserung der unmittelbaren oder späteren Resultate nach den Kaiserschnitten ist einerseits von der Bearbeitung genauerer und strengerer Indicationen, andererseits vom Übergange zu einer frühzeitigeren Operation mit vorhergegangener Vorbereitung der Kranken zu erwarten.

Schwangere Frauen mit engem Becken müssen 2 bis 4 Wochen vor der Geburt ins Krankenhaus zur Vorbereitung zum Kaiserschnitte gebracht werden.

КЛИНИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ К УЧЕНИЮ О ФИБРОМИОМАХ МАТКИ

Д-р А. Н. Орлов и д-р Е. Н. Смирнова-Семенова

Со времени организации при Вологодской губернской больнице гинекологического отделения, с 1909 по 1927 год на 24 212 гинекологических амбулаторных больных было зарегистрировано 622 больных фибромиомой матки. Стационарно было пользовано всего 302 больных, из которых 21 выписаны без операции, и одна, поступившая с полным выпадением вывернутой матки с подслизистой миомой, умерла без операции от гнояного перитонита вследствие заражения через выпавшую и омертвевшую миому. Остальные 280 больных подвергались оперативному лечению, почему наше дальнейшее исследование будет базироваться на этой цифре (см. таблицу 1).

Прежде всего обращает на себя внимание, несмотря на ежегодное увеличение общего числа обращающихся в амбулаторию больных, постепенное уменьшение числа больных с фибромиомой в процентном отношении как к числу амбулаторных, так и к числу стационарных гинекологических больных. Это уменьшение определенно выясняется при сравнении за два почти одинаковых периода; в первый — довоенный девятилетний период с 1909 по 1917 год процент этот равнялся 2,8—по отношению к амбулаторным и 4,7— по отношению к стационарным гинекологическим больным; во второй — повоенный десятилетний период—с 1918 по 1927 год процент этот соответственно снизился до 2,3 и 4,1. Это уменьшение зависит, конечно, не от уменьшения числа миоматозных больных, но от уменьшения их обращаемости в гинекологическое отделение губернской больницы, что находит себе достаточное объяснение, с одной стороны, в фактическом уменьшении территории Вологодской губернии с выделением из ее состава 5 северных уездов в Северодвинскую губернию, где в настоящее время организована новая губернская больница. С другой стороны, в силу тяжелых материальных условий и ограниченности местных средств, отпускаемых на содержание больницы, во втором периоде гораздо строже проводился принцип помещения в больницу лишь лиц своей губернии и отказа больным иногубернским. В связи с такими изменениями состав больных также изменился — стало меньше больных приезжих из отдаленных уездов, откуда приезжали больные преимущественно с различными новообразова-

1. Движение миоматозных больных за два десятилетних периода

Годы	Амбулаторно					С т а ц и о н а р н о						
	общее число больных	беременных для кон- сультации	гинекологических	число больных фибро- миомой	% миоматозных б-ных к амбулаторным	общее число больных	число больных фибро- миомой	% миоматозных б-ных к стационарным	число выбывших без операции	число оперированных	выпалось здоровыми после операции	умерло после операции
1909—1917 гг.												
1909 . .	1280	275	1005	27	2,7	280	10	3,5	—	10	9	1
1910 . .	1483	331	1152	23	2,0	300	17	5,7	2	15	15	—
1911 . .	1606	279	1327	37	2,8	352	18	5,1	—	18	18	—
1912 . .	1698	477	1221	66	5,0	393	21	5,3	4	17	17	—
1913 . .	1646	388	1258	33	2,6	433	17	4,0	—	15	15	—
1914 . .	1593	412	1181	34	2,9	359	20	5,6	4	18	18	—
1915 . .	1489	402	1087	38	3,5	297	20	7,0	6	13	13	—
1916 . .	1715	420	1295	9	0,7	279	9	3,2	—	10	10	—
1917 . .	1679	373	1306	37	2,8	258	8	3,0	—	8	7	1
1909—1917 .	14189	3357	10832	304	2,8	2951	140	4,7	16	124	122	2
1918—1927 гг.												
1918 . .	1509	353	1156	27	2,3	368	8	2,4	—	8	6	2
1919 . .	1660	371	1289	35	2,7	386	21	5,4	1	20	20	—
1920 . .	2217	458	1759	38	2,1	420	20	4,8	—	20	20	—
1921 . .	1827	510	1317	38	2,9	375	21	5,6	3	18	16	2
1922 . .	1330	286	1044	33	3,1	321	11	3,4	—	11	10	1
1923 . .	1200	241	959	26	2,7	268	13	5,0	1	12	12	—
1924 . .	1668	410	1258	43	3,4	332	13	3,9	—	13	12	1
1925 . .	1839	477	1362	23	1,7	426	12	2,8	—	12	12	—
1926 . .	2025	445	1580	30	1,9	519	20	3,8	—	20	20	—
1927 . .	2214	523	1691	25	1,5	499	23	4,4	1*	22	21	1
1918—1927 .	17489	4074	13415	318	2,3	3914	162	4,1	6	156	149	7
1909—1927 гг.												
1920—1927 .	31678	7431	24247	622	2,5	6865	302	4,4	22	280	271	9

ниями, и гораздо больше стало больных с воспалительными заболеваниями после родов и абортотв.

Несмотря на сокращение во втором периоде числа приезжих больных из отдаленных северных уездов, общий состав миоматозных больных за весь исследуемый период делится почти

* Умерла без операции.

поровну между городом и деревней; приезжих из деревни мы оперировали 154 больных—55,0%, и городских жительниц 126 больных — 45,0%.

По занятиям и условиям жизни среди наших больных преобладают лица тяжелого физического труда; сельским хозяйством занималось 40,43%, домашних работниц, ремесленниц и рабочих было 28,52%, и занимавшихся интеллигентным трудом лично или происходивших из интеллигентной среды было 31,04%.

По семейному состоянию среди наших больных было 253 замужних и 27 девиц. Кроме 27 девиц, из числа замужних еще 61 были бесплодные; из 192, имевших беременность, 10 имели только выкидыши, а 182 имели роды, из них 149 рожали по несколько раз,

Значение бесплодия в развитии фибромиом по существующим литературным данным до сих пор еще не может считаться окончательно выясненным. Если одни авторы (Winkel, Fraenkel, Д. О. Отт, В. С. Груздев и др.), имея среди своих больных большинство с пониженной родовой функцией, склонны считать бесплодие причиной миомы, то другие (Hofmeister, Кр. Славянский, В. Ф. Снегирев, Н. М. Какушкин и др.) не находили у миоматозных больных понижения родовой функции. Имея в виду полное и всесторонне проследить взаимоотношения между половой функцией и развитием фибромиомы матки, мы в дальнейшем все наше исследование будем проводить отдельно по группам больных, распределив их по состоянию их половой и родовой деятельности: 1) на девиц, не имевших половых сношений; 2) женщин, живущих половой жизнью и остающихся бесплодными, и 3) рожавших или имевших выкидыши. Разбив, кроме того, в этих группах всех больных на два исследуемые периода, мы получим достаточно характерную таблицу.

2. Число больных, оперированных по поводу фибромиомы матки

Группы больных	1909—1917	1918—1927	Всего	% к 280
1. Бесплодные:				
а) девицы . . .	13	14	27	9,64
б) замужние . . .	19	42	61	21,77
2. Рожавшие	92	100	192	68,58
Всего . . .	124	156	280	100,0

Прежде всего бросается в глаза, что абсолютно бесплодных больных на нашем материале всего лишь 31,41%, с лишком в два раза меньше, чем рожавших—67,58%; такое соотношение бесплодных к рожавшим как бы противоречит распространенному в литературе мнению, так как большинство авторов приводит как раз противоположные данные с преобладанием группы больных бесплодных. Во-вторых, из таблицы этой мы видим, что число больных как в первом, так и во втором периоде, в

группах девиц и рожавших остается почти без перемены, а число замужних, остающихся бесплодными, удвоилось.

Несмотря на полную противоположность в проявлении родовой функции, девицы и рожавшие по частоте заболевания миомой дают однородные колебания во втором периоде против группы замужних бесплодных. Такое несоответствие бесплодия частоте заболевания миомой у различных категорий больных наводит на мысль, что причины возникновения и образования опухоли, помимо нарушения родовой функции, надо искать в других факторах, которые, быть может, в качестве первопричины обуславливают и самое бесплодие женщин и способствуют в дальнейшем развитию миомы матки. Преобладание в нашем материале рожавших над бесплодными, вопреки распространенному в литературе противоположному мнению, мы склонны объяснить иным составом по месту жительства и иными бытовыми и экономическими условиями жизни больных, чем у других авторов. Больше половины—55,0%—наших больных происходят из сельской среды, где примитивные условия родовспоможения с одной стороны и социально-экономические и бытовые условия крестьянской женщины—с другой очень часто ведут к послеродовым заболеваниям, при несвоевременном и недостаточном лечении которых развивается стойкое бесплодие, и больные, проделав предварительно в среднем на каждую до 4,5 родов, становятся относительно бесплодными. Большинство же авторов, приписывающих бесплодию значение первопричины, располагает материалом из жительниц больших городов и крупных центров, где родовспоможение поставлено на должную высоту, и послеродовые заболевания наблюдаются неизмеримо реже, чем в деревне, зато несравненно чаще наблюдаются среди городских жительниц заболевания гонорреей, которая поражает их с наступления половой жизни еще до проявления родовой функции, почему и превращает их в абсолютно бесплодных. Вот почему у авторов, располагающих материалом из крупных центров, число абсолютно бесплодных преобладает над числом относительно бесплодных, а в нашем материале, наоборот, число больных с относительным бесплодием значительно преобладает над числом абсолютно бесплодных. Во втором десятилетии, вследствие преобладания среди больных городских жительниц над сельскими и вследствие значительного распространения гонорреи в послевоенный период, и в нашем материале увеличилось число абсолютно бесплодных более чем на 100%, числа же девиц и рожавших, несмотря на противоположное проявление их родовой деятельности, остались почти без изменений. Наши цифры слишком недостаточны, чтобы можно было сделать из них определенные выводы, но все же они настолько характерны, что наводят на мысль о зависимости развития миомы от первичных факторов, лежащих вне сферы родовой деятельности. С этой точки зрения для выяснения этиологических моментов необходимо тщательное изучение анамнеза и обнаруженных при операции не только в самой матке, но и в ее придатках и в соседних тазовых органах, па-

толого-анатомических изменений, которые без достаточных оснований принято считать вторичными, лишь осложняющими миому матки. Наша мысль о неизбежности предварительных болезненных изменений во внутренних половых и тазовых органах, прежде чем разовьется ясно выраженная клиническая картина фибромиомы матки, приводящая женщину на операционный стол, наглядно и убедительно подтверждается длительностью периода как абсолютного, так и относительного бесплодия у большинства миоматозных больных, которым клинически и выражается начало заболевания.

3. Давность бесплодия у миоматозных больных (в процентных отношениях по пятилетиям)

Давность бесплодия	Девицы *	Замужние бесплодные	Рожавшие	Всего
До 1 года .	—	—	4,73 **	3,61
1— 5 . .	—	11,67	17,90	14,44
6—10 . .	14,81	10,00	20,53	17,68
11—15 . .	11,12	16,67	21,05	19,13
16—20 . .	18,52	23,33	17,37	18,78
21—25 . .	25,93	18,33	10,00	13,36
26—30 . .	14,81	11,67	6,84	8,66
31—35 и т. д.	14,81	8,33	1,58	4,33

Как видим из таблицы 3, у девиц с выключением половой функции в 14,81% необходим 6—10-летний промежуток со времени половой зрелости (с 20 лет) для образования опухоли; у 55,57% девиц этот промежуток достигает свыше 10—25 лет, а у 29,62% он повышается до 25—30 лет; у замужних бесплодных—в 11,67% больных период бесплодия сокращается до 5 лет; изредка опухоль обнаруживается даже на первом году замужества; в 10,0% бесплодие наблюдается от 6 до 10 лет; у 58,33% абсолютно бесплодных период бесплодия продолжается более 10—25 лет, а у 20,0% бесплодие наблюдается 25—35 лет. Со всем обратную картину представляет продолжительность относительного бесплодия у рожавших: уже в первое пятилетие бесплодия среди рожавших у 22,63% проявляются клинические симптомы миомы; у 43,16% рожавших относительное бесплодие наблюдалось от 1 до 10 лет; у 48,42% период бесплодия продолжался от 10 до 25 лет, и всего лишь у 8,42% рожавших больных промежуток бесплодия повышается до 25—35 лет.

Наиболее длительный промежуток бесплодия—от 25 до 35 лет, и больше—чаще всего мы наблюдаем у девиц—в 29,62%, у замужних бесплодных такой же длительный период беспло-

* Давность факультативного бесплодия [у девиц высчитана с двадцатилетнего возраста.

** Беременность при наличии опухоли.

дия наблюдался несколько реже—у 20,0% больных; у рожавших процент больных с максимальным промежутком бесплодия падает до 8,42; зато среди рожавших резко возрастает число больных—до 43,16%—с минимальным периодом бесплодия от 1 до 10 лет. Из этих соотношений можно сделать заключение, что у девиц миома растет медленнее, и вполне развитые клинические формы миомы, показывающие оперативное вмешательство, проявляются значительно позже, чем у замужних бесплодных и у рожавших больных. У рожавших миома растет значительно быстрее, чем у девиц и бесплодных замужних, и значительно раньше дает резко выраженные клинические симптомы, которые неотложно требуют оперативного пособия. Отсюда ясно выступает прямое стимулирующее влияние половой и родовой функций на быстроту роста и проявления клинических симптомов миомы; на долю же бесплодия (абсолютного и относительного) приходится отнести лишь косвенное влияние вследствие отсутствия у бесплодных больных процессов обратного развития, которые могли бы препятствовать возникновению и задерживать развитие уже образовавшейся опухоли.

Чем интенсивнее развита половая функция, тем скорее проявляются и резче бывают выражены симптомы миомы, побуждающие больных прибегать к оперативной помощи. В этом факте мы видим подтверждение своему взгляду, что не отсутствие родовой функции само по себе обуславливает образование миомы, иначе мы должны были бы получить обратное соотношение цифр по группам больных, а те изменения в матке, которые развиваются в процессе функциональной ее деятельности под влиянием перенесенных воспалительных заболеваний, которые и являются причиной бесплодия. Функциональная же деятельность половой сферы находится в прямом соотношении к скорости развития патологических симптомов и обратном отношении к продолжительности заболевания.

Что бесплодие развивается значительно раньше образования фибромиомы, или по крайней мере раньше проявления явно выраженной клинической картины миомы, очень наглядно и убедительно подтверждается сравнением давности бесплодия с давностью заболевания у миоматозных больных.

4. Давность заболевания миоматозных больных
(в процентных отношениях по пятилетиям)

Давность заболевания	Девуцы	Замужние бесплодные	Рожавшие	Все
1— 5 лет	85,19	85,00	84,21	84,47
6—10 „	7,41	10,00	2,47	9,39
11—15 „	3,70	3,33	4,21	3,97
16—20 и более	3,70	1,67	2,11	2,17

На таблице 4 мы видим, что давность заболевания, указываемая больными, значительно короче давности бесплодия, так

как у 84,47% больных она не превышает 5 лет и лишь у 15,53% больных давность заболевания повышается от 5 до 20 лет. Очевидно, развитие бесплодия на много лет предшествует образованию миомы с ясно выраженными клиническими симптомами, так как нарастание давности бесплодия у миоматозных больных наблюдается в обратном порядке; более чем у 80% больных давность бесплодия определяется промежутком от 6 до 35 лет, и лишь у 14,8 давность бесплодия не превышает пятилетнего промежутка.

Начало бесплодия объективно и четко определяется у абсолютно-бесплодных началом половой жизни, а у относительно-бесплодных—временем утраты родовой функции. Начало заболевания у миоматозных больных отчетливо определяется лишь со времени ясно выраженной клинической картины в виде расстройства менструаций, появления маточных кровотечений, болей, увеличения матки и иногда ясно определяемой опухоли. Бесплодие, не угрожая непосредственной опасностью здоровью и жизни заболевшей женщины, редко приводит ее к врачу за советом, а еще реже—на операционный стол. Вот почему промежуток бесплодия у миоматозных больных отличаются большой длительностью, достигая у наших больных в среднем 14,2 лет. Клинические же симптомы с появлением кровотечений, болей и опухоли вынуждают больных немедленно обращаться за врачебной помощью и очень часто ложиться на операционный стол. Вот те причины, вследствие которых значительно сокращается длительность заболевания, затемняется его действительное начало и смешивается с началом развитой клинической картины миомы, приводящей больных на операционный стол. В начале бесплодия мы видим более точный и объективный критерий начала заболевания миоматозных больных, чем субъективные и не всегда точные указания самих больных. Давность заболевания с начала проявления типичных клинических симптомов миомы у наших больных равняется в среднем 3,4 года, т.е. она в четыре раза короче давности бесплодия; кроме того, давность заболевания в различных группах больных также различна: у девиц и замужних бесплодных давность заболевания выше средней, достигая 4,5 года у первых и 3,6 года—у вторых; давность заболевания у рожавших снижается до 3,2 года, падая ниже средней. Характерное снижение цифры средней давности заболевания от группы девиц через замужних-бесплодных к рожавшим определенно указывает на стимулирующий характер влияния половой и родовой функций на развитие клинических симптомов миомы; это наше наблюдение не согласуется со взглядами тех авторов, которые приписывают бесплодию значение первичной причины в развитии миомы матки.

Если бесплодие нельзя считать первопричиной развития миомы, то продолжительный период предварительного бесплодия, как абсолютного, так и относительного, определенно является в качестве неизбежного условия для развития миомы одинаково во всех группах больных, что наглядно подтверждается на таблице 3 давностью бесплодия у миоматозных боль-

ных. Средняя давность бесплодия у наших больных равняется 14,2 года, повышаясь до 18,3 года в группе замужних бесплодных и понижаясь до 12,6 года в группе рожавших.

Таким образом значение предварительного и длительного бесплодия, в качестве предрасполагающего момента в развитии миомы матки приходится признать неоспоримым фактом; остается только спорным вопрос о характере происхождения этого бесплодия, т.е. зависит ли это бесплодие от развившейся уже миомы, и оно является вторичным, или же, наоборот, согласно нашим наблюдениям, в большинстве случаев бесплодие развивается под влиянием предшествовавших воспалительных изменений в матке и ее придатках первично, раньше появления миомы и, в свою очередь, нарушая родовую функцию и вызывая расстройства периодического менструального цикла со всеми последствиями излишнего кровенаполнения и недостаточного обратного сокращения матки, способствует таким образом развитию миомы.

Возрастной состав оперированных больных в общем соответствует литературным данным, давая лишь небольшие колебания в принятой нами группировке.

5. Возраст оперированных миоматозных больных
(в процентном отношении по пятилетним группам)

Л е т а	Девуцы	Замужние бесплодные	Рожавшие	В с е
25—30	11,11	3,33	2,63	3,61
31—35	11,11	8,34	6,32	7,22
36—40	18,52	28,33	21,58	22,74
41—45	25,93	25,00	25,26	25,27
46—50	18,52	23,33	31,58	28,52
51—55	11,11	8,34	8,95	9,03
56—67	3,70	3,33	3,68	3,61

Из таблицы 5 видно, что клинически вполне развитые формы миомы, потребовавшие оперативного лечения, среди наших больных наблюдались не ранее 25-летнего возраста, и в возрасте с 25 до 35 лет число миоматозных по всем группам больных стоит на относительно низких цифрах, достигая в совокупности всего лишь 10,83%. Начиная с 36-летнего возраста замечается быстрый подъем миоматозных больных по пятилетиям, достигая максимума в пятилетие с 46 до 50 лет в общей рубрике и выявляя отчетливые колебания по отдельным группам больных: среди замужних бесплодных число миоматозных больных достигает максимального подъема в первом же пятилетии с 36 до 40 лет, на 5 лет раньше, чем у девиц, где этот максимум приходится на пятилетие от 41 до 45 лет, и на 10 лет раньше, чем у рожавших,—с 46 до 50 лет. Более 76,53% больных было в возрасте от 36 до 50 лет, остальные 23,47% делятся

почти поровну на ранний возраст до 35 лет—10,83% и на самый поздний после 50 лет—12,64%; эти последние почти целиком приходятся на долю больных в климактерическом периоде.

Колебания максимальных чисел в трех группах миоматозных больных по различным возрастным пятилетиям нельзя связать с влиянием на развитие опухоли половой функциональной деятельности; если среди рожавших возможно было бы допустить повышение возраста оперированных больных в зависимости от проявления родовой функции, в смысле влияния родовой деятельности на задержку развития опухоли, то в группе бесплодных уже никак нельзя было бы объяснить влиянием половой функции более раннее проявления симптомов болезни сравнительно с группой девиц, у которых при наличии полного исключения половой и родовой функций максимальное проявление болезни наблюдается на 5 лет позже, чем у замужних бесплодных. Причину более раннего развития опухоли с типичными клиническими симптомами у бесплодных замужних больных надо искать в осложняющем влиянии половой функции путем внесения ранней инфекции с последующим воспалением и длительным хроническим раздражением органов полости малого таза. Мы склонны считать в громадном большинстве случаев первичной причиной бесплодия предшествующие воспалительные заболевания как половых органов, так и органов полости малого таза, и склоняемся к мнению тех авторов (Virchow, Kehrer, Veit, Славянский, Снегирев, Отт), которые считают длительное хроническое раздражение, будет ли то воспалительный процесс или же другие процессы расстройства кровообращения в матке, необходимым этиологическим моментом для развития миомы и клинического ее проявления.

Некоторые авторы, с Зейтцом (Seitz) во главе, в качестве этиологического момента фибромиомы матки выставляют дисфункцию яичников, анатомическим субстратом которой они считают мелкокистозное перерождение яичников. Гамбаров, подерживая точку зрения Зейтца и желая опровергнуть общераспространенное мнение, что фибромиома наблюдается в период наивысшего развития половой деятельности женщины, ссылается при этом на пожилой возраст больных (40—50 лет), в котором наичаще всего наблюдаются фибромиомы, и в котором функциональная деятельность яичников уже идет на убыль. О мелкокистозном перерождении яичников при фибромиомах мы будем говорить при разборе патолого-анатомических изменений в органах малого таза; здесь же необходимо отметить, что возрастной состав миоматозных больных, вследствие позднего обращения больных за врачебной помощью уже с клинически развитыми и запущенными формами миомы, нельзя отождествлять с возрастом заболевания миомой; принимая же во внимание длительный промежуток бесплодия и медленное, длительное развитие миомы, мы должны предположить, что причины, обуславливающие образование и развитие самой опухоли, берут свое начало в более молодом, цветущем возрасте женщин. Из расспроса наших больных давность заболевания миомой или давность появления ясно

выраженных клинических симптомов, обративших на себя внимание больных, надо считать не менее 4 лет. Вследствие субъективного характера этих показаний, в большинстве малокультурных и невнимательных к своему здоровью наших больных, мы считаем эту цифру неточной и значительно ниже действительной. Более точным и объективным критерием начала и продолжительности заболевания можно считать начало и продолжительность бесплодия как внешнего проявления заболевания.

6. Возраст бесплодия миоматозных больных
(в процентном отношении по пятилетним группам)

Возраст бесплодия	Девуцы	Замужние бесплодные	Рожавшие	В с е
16—20	—	33,33	6,84	11,91
21—25	7,40	18,32	18,95	17,69
26—30	14,82	16,66	18,42	17,69
31—35	22,23	10,00	19,47	17,69
36—40	18,52	8,37	21,58	18,41
41—45	29,63	8,34	11,05	12,27
46—50	7,40	5,00	2,68	4,33

На таблице 6 мы видим, что наиболее часто начало заболевания бесплодием у замужних бесплодных приходится на самый ранний возраст до 20 лет—в 33,33%, постепенно идя на убыль по пятилетиям; отсюда следует заключить, что причины бесплодия у них развиваются в самые первые годы замужества, причем роль половой функции сводится к возможной инфекции, влекущей за собой бесплодие. На пожилой возраст от 41 до 50 и выше приходится лишь 13,34% больных.

В группе рожавших начало заболевания, будучи непосредственно связано с последними родами, наичаше всего—в 25,79%—наблюдается в раннем возрасте до 25 лет, охватывает 85,27% больных в расцвете чадородной деятельности до сорокалетнего возраста и оставляет на долю пожилого возраста всего лишь 14,73%.

Вследствие факультативного характера бесплодия у миоматозных девиц определить время развития бесплодия не представляется возможным, а потому нельзя определить и начало заболевания с такой же точностью и объективностью, как у замужних женщин. Поэтому возрастная группировка миоматозных девиц по существу выражает возрастную группировку оперированных больных, т.е. больных с вполне развитыми формами и резко выраженными клиническими симптомами миомы. Вот почему цифры этой рубрики не совпадают с возрастной группировкой замужних больных; но с другой стороны они также не подтверждают и мнения тех авторов, которые считают миому заболеванием женщин пожилого возраста. На таблице 6 мы видим, что

62,97% миоматозных девиц оперировались в чадородном возрасте до 40 лет, и 37,03% оперировались в возрасте от 40 до 50 лет. С нашей точки зрения такое различие в возрастной группировке девиц и замужних вполне понятно и подтверждает наш взгляд на стимулирующее, путем внесения инфекции, влияние половой функции на развитие и рост опухоли. Полный покой половой и детородной функций у девиц видимо замедляет течение процесса и во всяком случае устраняет возможность половой инфекции.

Этиологические моменты развития и роста миомы у девиц надо искать в первичных воспалительных заболеваниях соседних с половыми тазовых органов и нижнего отдела пищеварительного тракта (аппендицит, хронический колит, сигмоидит), в расстройстве кровообращения в половых органах в зависимости от врожденных недостатков и пороков развития (Recklinghausen, Д. О. Отт), а также от застоев крови в половых и тазовых органах, развивающихся на почве ненормального удовлетворения полового чувства (Kehrer). Среди наших пожилых девиц мы неоднократно имели в анамнезе указание на длительное злоупотребление мастурбацией.

Принимая во внимание раннее развитие бесплодия, как абсолютного, так и относительного, и большой промежуток от начала бесплодия до появления явных клинических симптомов, мы должны согласиться с теми авторами (Hofmeier, Славянский, В. Ф. Снегирев, В. С. Груздев), которые считают, что развитие миомы происходит в расцвете половой жизни женщин, а находясь при операции дегенеративные изменения в яичниках мы склонны считать явлением последовательным, вторичным, а не причиной самой болезни.

Тип менструаций у миоматозных больных до замужества не представляет резких отклонений от типа других гинекологических больных. Обильные или продолжительные менструации наблюдались у 46,6% больных; болезненные менструации—у 37,18%; 43,87% больных менструировали без отклонений от нормы по 3—4 дня, в умеренном количестве и безболезненно.

После перенесенного заболевания, которое у девиц выражалось воспалительными процессами в полости таза, у бесплодных совпадало с замужеством, а у рожавших было связано с последними родами; тип менструаций у большинства как по продолжительности, так и по количеству теряемой крови резко изменяется: число больных с обильной и продолжительной кровопотерей увеличивается до 78,19%, а число больных с нормальным типом менструаций уменьшается до 21,81%; число больных с дисменорреей почти не изменяется, повышаясь всего лишь до 39,02%.

Начало менструаций до 14 лет отмечено у 41,26% больных, и у 58,74%—от 15 до 18 лет. Менопауза отмечена у 32 больных или в 11,89%.

Выдвигаемое в качестве конституционального принципа (А. Tröll, П. Лельчук), предрасполагающего к образованию миомы, раннее появление первых менструаций у миоматозных больных

на нашем материале выявляется недостаточно отчетливо и мало убедительно. Считаем нужным здесь оговориться, что приводимые на таблице 7 данные, вследствие субъективного характера и не всегда точного указания малокультурных больных, мы не можем считать абсолютно достоверными.

7. Начало менструаций у гинекологических, миоматозных и раковых больных

На котором году	Гинекологические		Миоматозные		Раковые	
	число случ.	процентное число	число случ.	процентное число	число случ.	процентное число
12 и раньше	33	7,25	20	7,43	17	5,98
13	70	15,38	44	16,36	39	13,73
14	79	17,37	47	17,47	54	19,01
15	77	16,92	59	21,93	49	17,26
16	77	16,92	33	12,27	56	19,72
17	60	18,19	33	12,27	34	11,97
18 и более	59	12,97	33	12,27	35	12,33
Итого	455 *	100	269	100	284	100

Максимальное число больных с первым появлением менструаций среди гинекологических больных вообще приходится на 14 лет. Если же сравнивать по этим рубрикам процентное число всех больных, менструирующих до 14 лет и после 15 лет, то наши данные ближе всего подходят к данным Essen-Möller'a давая ничтожную разницу на 1,26% больше среди миоматозных и на 1,28% меньше среди раковых больных. Среди гинекологических больных вообще число начинающих менструировать до 14 лет включительно, достигая 40% всех гинекологических больных, вполне совпадает с данными Essen-Möller'a относительно начала менструаций у финских женщин. Такое совпадение с данными Essen-Möller'a определенно указывает на зависимость начала менструаций от космических и климатических условий, так как Вологодская губерния расположена на одной широте с Финляндией и обладает одинаковой средней годовой температурой.

Родовую функцию у наших больных нельзя признать пониженной, так как у двух третей оперированных больных она выражена в полной мере (см. таблицу 8).

* Цифра гинекологических больных взята произвольно за один год для сравнения с фактическими числами миоматозных и раковых больных за все годы. Более правильно было бы сравнение со здоровыми женщинами.

8. Родовая функция у больных фибромиомой матки

Группы больных	Общее число б-ных	Число родов	1909— 1917 гг.	1918— 1927 гг.	Всего	% отноше- ния
Бесплодные:						
а) девицы . .	27	—	13	14	27	9,64
б) замужние .	61	—	19	42	61	21,77
Выкидышавшие .	10	по 1 разу . .	1	5	6	3,57
		2 раза и более .	2	2	4	
Рожавшие 1 раз	43	одни роды . .	17	22	39	15,36
		одни роды и вы- кидыш . .	1	3	4	
Многорожавшие .	139	многорожавшие	52	41	93	49,64
		многорожавшие и выкидышав- шие	19	27	46	
Всего . .	280	—	124	156	280	100

31,41

68,57

Наши данные не совпадают с широко распространенным в литературе мнением о понижении родовой функции у миоматозных больных: абсолютно-бесплодных было 31,41%, и 68,57% имели беременность; если же исключить факультативно-бесплодных девиц, тогда число абсолютно бесплодных понизится до 24,0%, а число рожавших повысится до 76,0%; 58,0% замужних миоматозных больных рожали и выкидывали по несколько раз. Из числа рожавших на каждую в среднем приходится около 4,5 родов. Зато относительным бесплодием, приобретенным, очевидно, в процессе родового акта, страдало свыше 80% рожавших больных, у которых бесплодие продолжалось в среднем свыше 5 лет.

Таким образом на нашем материале число миоматозных больных с относительным бесплодием более чем в три раза превышает число больных с абсолютным бесплодием, а число относительно и абсолютно-бесплодных в девять раз превышает число факультативно бесплодных девиц. Такое соотношение родовой функции у наших больных позволяет сделать заключение, что значение первичной причины для развития миомы нельзя приписывать бесплодию, а надо искать в тех факторах, под влиянием которых первично развивается само бесплодие, которое лишь предрасполагает к образованию и способствует прогрессивному росту опухоли.

В патогенезе миомы мы придаем значение не самому факту бесплодия, а различным проявлениям половой функции в сочетании с бесплодием. Бесплодие при полном выключении половой и родовой функций, как это мы наблюдали у девиц, ослабляет проявление клинических симптомов и замедляет рост опухоли. Половые сношения у бесплодных, вследствие отсутствия регу-

лирующего влияния процесса обратного развития, ускоряет развитие клинической картины; а роды не только ускоряют начало заболевания, но и значительно стимулируют развитие клинической картины.

В патолого-анатомическом отношении в нашем материале заслуживают быть отмеченными локализация миомы, сравнительно большая величина опухоли, далеко зашедшие перерождения опухоли и особенно часто наблюдавшиеся осложнения воспалительными процессами и их продуктами в придатках матки, червеобразном отростке и тазовой брюшине.

9. Патолого-анатомические изменения в матке у миоматозных больных

Фибромиома	Бесплодные		Рожавшие	Всего больных	% к обще- му числу больных (280)
	девицы	замуж- ние			
<i>А. Тела матки</i>					
1. Межуточная форма опухоли и ее ком- бинации с другими формами	19	40	110	169	60,36
2. Подсерозная форма опухоли и ее ком- бинации с другими формами	4	8	19	31	11,07
3. Подслизистая форма опухоли и ее ком- бинации с другими формами	—	5	41	46	16,43
Фиброма тела матки	23	53	170	246	87,86
<i>В. Шейки матки</i>					
1. Межуточная форма опухоли и ее ком- бинации с другими формами	2	6	18	26	9,28
2. Подсерозная форма опухоли и ее ком- бинации с другими формами	—	—	1	1	0,35
Фиброма шейки матки	2	6	19	27	9,63
<i>С. Широкой связки</i>	1	2	2	5	1,78
<i>Д. Влагалищной порции</i>	1	—	—	1	0,36
<i>Е. Влагалищной стенки</i>	—	—	1	1	0,36
Всего	27	61	192	280	100
Фибромиома	В %		Фибромиома	В %	
1. Межуточная форма	69,64		4. Межсвязочная	1,78	
2. Подслизистая	16,43		5. Влагалищной порции	0,36	
3. Подсерозная	11,07		6. Влагалища	0,36	

Локализация опухоли анатомически у наших больных чаще всего наблюдалась в теле матки — в 87,86%; в шейке матки — в 9,63%; изолированная фиброма широкой связки наблюдалась в 1,78%, а фиброма влагалищной части матки и влагалищной

стенки наблюдалась всего лишь по одному случаю — в 0,36% каждая. Такое деление, конечно, произвольно, так как в громадном большинстве случаев наблюдались множественные опухоли, очень часто расположенные в различных отделах матки в сочетании самых разнообразных комбинаций. При группировке случаев принималась во внимание наиболее резко выраженная форма опухоли по ее локализации.

Важное клиническое значение имеет локализация опухоли по отношению к трем слоям матки: чаще всего наблюдалась межмышечная форма расположения опухоли, охватывающая свыше 69,64% всех случаев; на втором месте стоит подслизистая форма — в 16,43% случаев; подсерозная — в 11,07; в одном из них подсерозный узел совершенно отделился от матки перекручиванием кожи и оброс большим сальником, насчет которого и происходило первоначальное питание; ко времени операции опухоль подверглась полному обызвествлению (*Fibroma parasitaria*); изолированная, межсвязочно расположенная фиброма наблюдалась в 1,78% и в 0,36% — по одному случаю — фибромиома влагалищной порции и влагалищной стенки.

Величина опухоли, наряду с возрастом больной и осложнениями в полости таза, служила нам одним из показателей для выбора типа и способа операции в каждом отдельном случае.

10. Величина опухоли

Размер опухоли	Девиц		Замужних бесплодных		Рожавших		Всего больных	
	число случаев	% по группе	число случаев	% по группе	число случаев	% по группе	число случаев	% ко всем больным
С голову взрослого человека и больше (верхняя граница выше пупка) . . .	8	40,74	7	34,42	17	21,87	32	26,42
С голову годовалого ребенка (верхняя граница на уровне пупка) . . .	3		14		25		42	
С голову новорожденного ребенка . . .	5	48,15	15	40,98	48	56,25	68	52,14
С голову шестимесячного плода . . .	8		10		60		78	
С большое яблоко . . .	2	11,11	7	24,59	26	21,87	35	21,43
С куринное яйцо . . .	1		8		16		25	
	27		61		192		280	

Более чем в половине всех случаев опухоль достигала величины от головы новорожденного младенца до головы взрослого

и более; такая величина опухоли наряду с пожилым возрастом и часто наблюдавшимися осложнениями в этой серии больных служили нам безусловным показанием для применения радикальной операции брюшным способом. В одной пятой части наших случаев величина опухоли колебалась от куриного яйца до большого яблока; здесь показанием к операции служили резко выраженные клинические симптомы миомы и функциональные расстройства; операция в большинстве закончена консервативным вылушением миоматозных узлов путем брюшного чревосечения. Почти в одной трети случаев опухоль выполняла полость малого таза, достигая величины головки шестимесячного плода; в этих случаях, если не было сращений в полости таза и других осложнений, мы применяли влагалищную экстирпацию матки.

При макроскопическом и микроскопическом исследовании полученных при операции препаратов почти в 20% обнаружены те или другие перерождения и изменения в опухолях, представленные на таблице 11.

11. Перерождения миомы и осложнения опухоли инфекцией

Обнаружено перерождений и изменений в опухоли	Число оперированных больных				% к общему числу боль- ных (280)
	бесплодные		рожав- шие	всего больных	
	девицы	замужн.			
	27	61	192	280	
Гиалиновое перерождение	—	2	6	8	2,86
Некроз опухоли . . .	—	—	6	6	2,14
Слизистое перерождение .	1	2	2	5	1,78
Кистовидное перерождение	—	1	11	12	4,28
Обызвествление	—	2	2	4	1,43
Нагноение интерстициаль- ной миомы после родов	—	—	3	3	1,07
Влажная гангрена подсли- зистой миомы	—	2	2	4	1,43
Саркоматозное перерожде- ние	1	3	4	8	2,85
Рак полости матки . . .	—	—	1	1	0,36
Рак во влагалищном рубце после экстирпации матки	—	—	1	1	0,36
Всех перерождений	2	12	38	52	18,57
% отношение	7,14	19,67	19,79	—	—

Перерождения и изменения в опухолях наблюдаются во всех трех группах больных, но чаще всего в группе замужних бесплодных — свыше 19,67%, почти столько же — 19,79% — у рожавших и относительно редко у девиц — 7,14%. Неодинаковая частота перерождений миомы у больных различных категорий обуславливается, очевидно, различными условиями роста и питания опухоли в связи с различным проявлением половой и родовой функций. Половые сношения и родовая функция, вызывая

резкие колебания в кровенаполнении матки и тазовых органов, в начальных стадиях развития усиливают питание и стимулируют рост опухоли, вследствие чего значительно скорее формируется опухоль и достигает предельной величины, когда наступают от недостаточного кровоснабжения обратные процессы: нарушение питания опухоли и перерождения в ней. В условиях полного покоя половой функции у девиц не бывает сильных приливов и резких колебаний в кровенаполнении тазовых органов, почему опухоль получает менее обильное, зато равномерное питание, растет медленно и значительно реже и позднее подвергается перерождениям.

Чаше всего мы находили кистовидное перерождение опухоли преимущественно среди рожавших больных, у которых во время беременности и родов легко происходят нарушения питания опухоли с последующим перерождением. Принимая во внимание, что первоначальное перерождение миомы чаще всего начинается в виде гиалинового перерождения, а некроз, слизистость, кистовидность и обызвествление являются лишь дальнейшими этапами его, и, обнаружив на своем материале относительно малое число гиалинового перерождения — 2,86% — сравнительно с последующими его стадиями — в совокупности до 9,63%, мы полагаем, что объяснения этому факту надо искать в давности заболевания наших больных и в позднем их обращении за врачебной помощью.

Осложнения опухоли инфекцией мы наблюдали в трех случаях межучточных миом с нагноением их в послеродовом периоде — 1,07%; в одном из этих случаев нагноившийся узел плотно спаялся с тазовоободочной кишкой, в стенке которой также образовался абсцесс, почему вместе с экстирпацией матки пришлось сделать и резекцию флексуры, — случай кончился выздоровлением с предварительным образованием и дальнейшим закрытием калового свища во влагалище; во втором случае гнойник перешел на левую широкую связку и на предпузырную клетчатку; в третьем случае гнойник еще не вышел за пределы капсулы опухоли и был обнаружен при исследовании уже вырезанного препарата матки. В четырех случаях инфекция осложняла подслизистые миомы; в трех из них применена влагалищная экстирпация с благоприятным исходом; в четвертом случае, вследствие большой величины подслизистой миомы — не меньше головы годовалого ребенка, была применена брюшная экстирпация матки, закончившаяся смертью больной от перитонита.

Саркоматозное перерождение опухоли, установленное гистологическим исследованием, мы наблюдали 8 раз или 2,86%. Среди последних заслуживает особого упоминания случай больной 63 лет, у которой 16 лет назад в Швейцарии по поводу миомы была сделана кастрация; за последний год опухоль вновь стала расти, и появилось кровотечение; на полученном после операции препарате обнаружена подслизистая миома, при гистологическом исследовании которой оказалась саркоматозная дегенерация.

Сочетание миомы с раком тела матки наблюдалось всего 1 раз — в 0,36%.

Остается невыясненным один случай развития рака во влагалищном рубце и в параметральной клетчатке через 6 лет после полной экстирпации миоматозной матки. Операция произведена в военные годы врачом, заменявшим отсутствовавшего заведующего, когда гистологические исследования не производились; самый препарат также не сохранился, а потому не представляется возможным решить определенно, имеем ли мы в данном случае очень редкий случай первичного образования рака в операционном рубце, или же здесь дело идет о рецидиве после удаления миоматозной матки с просмотренным одновременным раковым поражением ее шейки.

Перерождения миомы являются наиболее опасным осложнением, так как таят в себе возможность злокачественного перерождения. Наши клинические наблюдения показывают, что перерождения миомы наичаще всего бывают в случаях длительного существования опухоли, преимущественно у лиц пожилого возраста, у которых поэтому надо широко ставить показания к применению радикальной операции.

Значительно чаще, чем перерождение в опухоли, мы наблюдали различные осложнения как со стороны самой матки, так особенно часто со стороны ее придатков и соседних тазовых органов.

12. Осложнения фибромиомы со стороны матки, придатков и соседних тазовых органов

Из них было с ослож- нениями	Число оперированных больных				% к общему числу боль- ных (280)
	бесплодные		рожав- шие	всего больных	
	девицы	замужн.			
	27	61	192	280	
Беременность	—	—	9	9	3,21
Выпадение матки	—	—	2	2	0,72
Выворот матки	—	—	5	5	1,78
Сальпингит	—	16	58	74	26,42
Периметрит	1	2	11	14	5,00
Туберкулез придатков	—	1	1	2	0,72
Мелкокистозное перерож- дение яичников	3	7	28	38	13,57
Пролиферирующие опухо- ли яичников	—	2	7	9	3,21
Аппендицит	10	23	28	61	21,78
Всех осложнений	14	51	149	214	76,42
% отношение	51,85	83,60	77,60	—	—

В общей рубрике таблицы число осложнений достигает высокой цифры 76,42%, что имеет себе объяснение в длительности заболевания и запущенности случаев, но по отдельным группам больных замечается разница: среди миоматозных девиц осложнения наблюдаются значительно реже, чем среди замужних и рожавших; особенно большое различие в частоте осложнений сальпингитом и периметритом: такое распределение осложнений нельзя рассматривать как случайное совпадение двух самостоятельных заболеваний. Осложнения, связанные с самой маткой, — беременность, выпадение и выворот матки, — очень немногочис-

ленны и достигают в общей сумме всего лишь 5,71% всех оперированных случаев; выпадение матки является простым случайным совпадением с наличием опухоли; вывороты матки хотя и находятся в непосредственной связи с развитием миомы в матке, но зависят от случайного расположения и особой локализации опухоли в подслизистом ее слое в области дна; наблюдавшаяся нами в 9 случаях (3,21%) беременность может служить подтверждением, что причиной бесплодия миоматозных больных является не сама опухоль, а ее особая локализация и те сопутствующие воспалительные изменения в матке и ее придатках, которые обычно предшествуют развитию опухоли в качестве наиболее частых этиологических моментов.

Осложнения со стороны яичников наблюдались несколько чаще — в 16,78% всех случаев; если же мы исключим отсюда мелкокистозное перерождение яичников, которое в большинстве наблюдалось нами одновременно с сальпингитом, то на долю осложнений миомы пролиферирующими опухолями яичников придется лишь 3,21%; число этих осложнений настолько мало, что их приходится считать случайным совпадением, если считать еще недоказанной воспалительную природу происхождения этих заболеваний (Славянский, Д. Д. Попов). Гораздо более многочисленна вторая группа осложнений, в которую мы относим обнаруженные при операции воспалительные заболевания и их продукты в придатках матки и других тазовых органах.

Частое осложнение миомы воспалительными заболеваниями, включая и мелкокистозное перерождение яичников, — в нашем материале в 68,49%, — выдвигает в этиологии миомы на первый план в качестве первичного этиологического момента предшествовавшие воспалительные заболевания половых и тазовых органов. Мы рассмотрим эти осложнения несколько подробнее.

13. Состояние придатков, тазовой брюшины и аппендикса у миоматозных больных

Группы больных	Общее число больных	Тазовые органы не изменены		Патологическ. изменения в тазовых органах						
				в с е г о		по отдельным органам				
		число больных	% отношение по группам	число больных	% отношение по группам	сальпингит	периметрит	аппендицит	мелкокистоз. перерождение яичников	пролифериру- ющие опухоли яичников
Девыцы . . .	27	13	48,15	14	51,85	—	1	10	3	—
Бесплодные . .	61	10	16,39	51	83,60	17	2	23	7	2
Рожавшие . . .	192	59	30,72	133	69,27	59	11	28	28	7
Всего . . .	280	82	—	198	—	76	14	61	38	9
% отношение к общему числу оперированных	—	29,28	—	70,71	—	27,14	5,00	21,78	13,57	3,21
						53,92%				

Рассматривая таблицу 13, мы видим, что более чем в 70,71% всех случаев обнаружены патологические изменения придатков матки и тазовых органов, и лишь в 29,28% как придатки, так и тазовая брюшина и аппендикс найдены не измененными. По отдельным органам чаще всего наблюдаются осложнения в виде хронического воспаления труб—27,14%; в 21,78% обнаружены воспалительные изменения в отростке слепой кишки и в 5,0%—продукты перенесенного воспалительного процесса в тазовой брюшине без ясной локализации исходного пункта. Таким образом воспалительные изменения в полости малого таза, осложняя миому матки более чем в 53,92% всех случаев; на долю же мелкокистозного перерождения, без ясно выраженных воспалительных изменений в других органах малого таза, приходится всего лишь 13,57% случаев.

Такое преобладание случаев, осложненных воспалительными процессами или же продуктами последних в полости малого таза, обращает наше внимание на тщательное собирание анамнестических данных с целью выяснения предшествовавших заболеваний, так как в известном проценте случаев воспалительные процессы, не оставляя после себя при обратном развитии анатомически выраженных патологических изменений, тем не менее могут повлечь за собою нарушение функциональных отклонений половых органов вплоть до длительного бесплодия. С этой точки зрения группа больных в 29,28%, у которых макроскопически не обнаружено никаких патологических изменений в придатках матки, аппендиксе и тазовой брюшине, не может противоречить нашему взгляду о влиянии воспалительных заболеваний на развитие миомы. Мы допускаем возможность влияния функциональных расстройств в половой сфере на развитие длительного бесплодия и образования миомы. Расстройства менструального цикла, нарушения в удовлетворении половых сношений, влекущие за собою усиленный прилив или застой крови в матке, при длительном существовании и без наличия анатомических изменений могут послужить хроническими раздражителями, вызывающими рост опухоли. В группе девиц мы имеем наибольший процент больных с анатомически здоровыми тазовыми органами, среди которых путем анамнеза удалось установить практиковавшуюся мастурбацию с молодых лет до 40-летнего возраста. Сопоставив хорошо развитую родовую функцию,—до заболевания 76,0% замужних больных имели беременность и роды, а 58,0% из них имели по 4,5 родов в среднем на каждую,—с наступившим длительным бесплодием, давность которого в четыре раза превышает давность заболевания клинически выраженной миомой матки, мы приходим к заключению, что внешние этиологические моменты миомы матки надо искать в тех факторах, которые вызывают воспалительные заболевания органов полости малого таза, а также в тех моментах, которые обуславливают расстройства кровообращения как в самой матке, так и в ее придатках.

Так, среди миоматозных девиц нам удалось в анамнезе установить почти в половине случаев предварительно перенесенный тазовый перитонит, исходный пункт которого при операции

обнаружен в воспалительно измененном червеобразном отростке слепой кишки; за перитонитом появлялись расстройства менструального цикла, а через несколько лет развивалась клиническая картина миомы матки, приводившая больную на операционный стол. В группе замужних бесплодных указания в анамнезе на предшествовавшие воспалительные тазовые процессы встречаются значительно чаще и в некоторых случаях определенно связываются с началом половой жизни; при операции в этих случаях обнаружены патологические изменения почти в равном числе случаев как со стороны аппендикса, так и со стороны фаллопиевых труб. У рожавших, в качестве предварительного воспалительного заболевания, сальпингит резко превалирует над аппендицитом; этой частотой и близостью к матке локализации первичного источника хронического раздражения в известной мере и объясняются более раннее наступление бесплодия и более быстрое развитие клинической картины миомы у рожавших. Особенно резко бросается в глаза зависимость от воспалительных процессов относительного бесплодия у рожавших, которые предварительно имели, очевидно, вполне здоровую и функционально способную половую систему, так как проделали по 4,5 родов в среднем на каждую и потом уже сделали бесплодными.

Воспалительная природа в большинстве случаев первичных факторов, обуславливающих заболевание фибромиомой матки, вскрывает причины и дает нам обоснованное объяснение давно наблюдаемого клиницистами факта, что в некоторых случаях опухоль может подвергаться обратному развитию, а опасные клинические симптомы могут прекращаться как самопроизвольно, так и под влиянием консервативных лечебных мероприятий.

Сравнительно малое число случаев с изолированным мелкокистозным перерождением яичников и значительно превышающее число случаев миомы с неизмененными яичниками дает нам основание подвергнуть критике гипотезу Зейтца об этиологическом значении для миомы дисфункции яичников, анатомическое выражение которой он видит в мелкокистозном перерождении яичников, и проследить более подробно случаи с мелкокистозным перерождением яичников в связи с воспалительными изменениями в придатках матки и других тазовых органах. Разбив больных на группу с неизмененными яичниками и вторую группу с патологически измененными яичниками и подразделив каждую группу особо по сопутствующим изменениям в тазовых органах, мы прежде всего увидим, что изменения яичников в большинстве, действительно, оказываются мелкокистозными перерождениями, и лишь в 3,21% случаев обнаружены совпадения миомы с пролиферирующими опухолями яичников (см. табл. 14).

В этой таблице группировка больных по состоянию яичников комбинирована с патологическими изменениями труб, тазовой брюшины и аппендикса, чтобы нагляднее выявить значение каждого из этих факторов в этиологии фибромиомы матки. Прежде всего обращает на себя внимание преобладающее число — 64,28% — больных с неизмененными яичниками: у 29,28%

14. Состояние яичников в связи с заболеванием тазовых органов

Группы больных	Яичники патологически не изменены							Патологические изменения яичников					
	тазовые органы не изменены	атрофия яичников	кастрация	сальпингит	периметрит	аппендицит	всего больных с неизмен. яичник.	мелкокистозное пе- рерождение яичник.				пролиферирующие опухоли яичников	всего больных с па- тологическими изме- нениями яичников
								сальпингит	периметрит	аппендицит	тазовые орга- ны и брюшина не изменены		
Девицы . . .	11	2	—	—	1	6	20	—	—	4	3	—	7
Бесплодн. . .	4	6	—	8	—	16	34	9	2	7	7	2	27
Рожавшие . .	40	18	1	48	—	19	126	11	11	9	28	7	66
Всего . . .	55	26	1	56	1	41	180	20	13	20	38	9	100
% отношение к общему чи- слу опериро- ванных . . .	19,64	9,28	0,36	20,00	0,36	14,64	64,28	7,14	4,64	7,14	13,57	3,21	35,71
	29,28%			35,00%				18,92%					

больных не были изменены и соседние тазовые органы, а в 35,0% случаев при неизменных яичниках наблюдались воспалительные изменения в трубах, аппендиксе и брюшине. Во всех этих случаях не может быть и речи о дисфункции яичников, так как в них не обнаружен предполагаемый Зейтцем анатомический субстрат дисфункции.

Число больных с мелкокистозным перерождением яичников почти вдвое меньше числа больных с неизменными яичниками; кроме того, наряду с мелкокистозным перерождением яичников большая часть больных второй группы—18,92% общего числа больных—имела также и воспалительные изменения в трубах, аппендиксе или в тазовой брюшине, и лишь небольшая часть—13,57% общего числа больных—имела мелкокистозное перерождение без ясно выраженных воспалительных признаков в других органах. Сопоставляя в нашем материале число больных с неизменными яичниками с числом больных с мелкокистозным перерождением яичников, причем последнее оказывается в два раза меньше первого, мы не можем согласиться с мнением авторов, которые мелкокистозному перерождению приписывают значение первичного этиологического момента в развитии миомы матки. Напротив, сопоставляя процентные отношения числа воспалительных заболеваний труб, червеобразного отростка и тазовой брюшины как у больных с неизменными яичниками (35,0%), так и у больных с мелкокистозным перерождением яичников (18,92%) с процентным отношением числа больных с изолированным мелкокистозным перерожде-

нием яичников (13,57%), которое у наших больных наблюдалось в четыре раза реже, чем воспалительные изменения других тазовых органов, естественно, напрашивается объяснение, что воспалительные изменения в трубах, брюшине и аппендиксе, как наблюдавшиеся у миоматозных больных значительно чаще, чем изолированное мелкокистозное перерождение яичников, являются первичными заболеваниями, обуславливающими развитие бесплодия и дальнейшее хроническое раздражение, predisposing к образованию миомы в матке. Мелкокистозное перерождение яичников мы склонны рассматривать в качестве вторичного явления, как дальнейший этап первоначального воспалительного процесса в самой матке и тазовых органах и как результат нарушения функциональных отпавлений матки.

Для устранения априорности последнего заключения мы сошлемся на наши клинические наблюдения, которые с одной стороны подтверждают наше положение, что мелкокистозное перерождение яичников не имеет значения первичного фактора в этиологии фибромиомы матки. Таковы наши клинические наблюдения при операциях ретроверзии матки: на 310 оперированных случаях ретроверзии матки мы нашли мелкокистозное перерождение яичников в 51,93%; среди этих случаев мы ни разу не видали миомы матки. Застойная гиперемия при ретроверзии, очевидно, также способна вызвать мелкокистозное перерождение яичников, как и артериальная гиперемия при воспалительных заболеваниях самой матки и тазовых органов.

Другой клинический факт, имеющий непосредственное отношение к разбираемому вопросу, установлен нами у девяти больных при повторном чревосечении по поводу фибромиомы матки, у которых первая операция была сделана по поводу различных воспалительных заболеваний: при аппендиците в трех случаях, пиосальпинксе — 3, дермоиде паравагинальной клетчатки — в одном случае и в двух случаях — при сальпингоофорите; причем при первом чревосечении ни в одном из них не было обнаружено зачатков миомы в матке. Во всех этих случаях при второй операции, кроме фибромиомы, обнаружены воспалительные изменения в оставленных придатках, или обширные срращения в тазовой брюшине, а в одном случае — приращение толстой ножкой большого сальника непосредственно к самой опухоли. Промежуток между двумя операциями равнялся от 4 до 12 лет, и в случае с приращением большого сальника этот промежуток был наименьшим, что зависело от быстрого роста опухоли, обусловленного усиленным питанием через сальник. Наконец, каким образом можно было бы объяснить устранение симптомов миомы при консервативном иссечении миоматозных узлов, полагая, что при оставленных яичниках дисфункция не устраняется? Дисфункция яичников, если таковая и обнаруживается, в большинстве случаев является не причиной, а следствием фибромиомы в результате чрезмерного переполнения кровью матки, придатков и других тазовых органов. С этой точки зрения мы рассматриваем мелкокистозное перерождение яичников и обуславливаемую

этим перерождением дисфункцию яичников, как явление вторичное, находящееся в причинной зависимости от тех же факторов, под влиянием которых развивается и миома матки.

Клиническая картина у наших больных складывается чаще всего из субъективных жалоб на меноррагии и кровотечение, боли или опухоль и обнаруживаемых при объективном исследовании изменений в величине, консистенции и форме матки.

15. Субъективные жалобы миоматозных больных

Симптомы	Девуцы—27		Замужние бесплодные—61		Рожавшие—192		Всех больных—280	
	число случ.	% по группе	число случ.	% по группе	число случ.	% по группе	число случ.	% по группе
<i>А. Изолированные жалобы</i>								
Кровотечение	2	7,40	11	18,03	53	27,60	66	23,57
Боли	1	3,70	8	13,11	27	14,06	36	12,86
Опухоль	4	14,82	1	1,64	10	5,21	15	5,36
Итого	7	25,92	20	32,78	90	46,87	117	41,79
<i>В. Комбинированные жалобы</i>								
Кровотечение и боли	6	22,22	19	31,14	69	35,94	94	33,57
Боли и опухоль	8	29,64	9	14,75	14	7,29	31	11,07
Кровотечение и опухоль	2	7,40	9	14,75	10	5,21	21	7,50
Кровотечение, боли и опухоль	4	14,82	4	6,56	9	4,69	17	6,07
Итого	20	74,08	41	67,20	102	53,13	163	58,21

Отдельные жалобы на кровотечение, боли или опухоль наблюдались в случаях незапущенных и недавнего происхождения, всего в 41,79%; значительно чаще жалобы имели комбинированный характер в сочетании нескольких симптомов у каждой больной, что мы наблюдали в запущенных случаях — в 58,21%. При изолированных жалобах самым частым симптомом мы наблюдали кровотечение — в 23,57% всех случаев; значительно реже — 12,86% больных жаловалось лишь на боли; в 5,36% всех случаев, при отсутствии кровотечения и болей, главную жалобу больные заявляли на опухоль. Такой порядок частоты отдельных симптомов мы наблюдали у замужних женщин как бесплодных, так и рожавших; у девиц же частота отдельных симптомов идет в обратном порядке: чаще всего девицы отмечают присутствие опухоли, прежде чем наступит кровотечение или появятся боли; на втором месте по частоте у них наблюдается кровотечение и реже всего боли.

Мы умышленно выделяем и особо рассматриваем изолированные симптомы, так как начальные и неосложненные формы миомы в большинстве проявляются более резко выраженными отдельными симптомами, по характеру которых можно судить о первоначальной локализации и сущности патологического процесса как фактора хронического раздражения, играющего роль в этиологии миомы. Мы наблюдали у рожавших и замужних бесплодных больных жалобы на изолированное кровотечение

или, при комбинации нескольких симптомов, первично развившееся кровотечение задолго до появления болей и ясно определяемой при исследовании опухоли. Это дает нам основание предполагать в этих случаях в качестве этиологического момента воспалительные процессы на почве первичной инфекции слизистой оболочки матки, или застойно-гиперпластические процессы, развившиеся на почве недостаточного обратного развития матки у рожавших. Наоборот, у не рожавших и не имевших половых сношений больных, у которых отпадала возможность первичной инфекции со стороны слизистой матки, мы отмечали гораздо чаще начало заболевания в виде заметной величины опухоли, а боли и кровотечение, в качестве осложняющих симптомов, присоединялись к жалобам на опухоль значительно позже. Частое указание в анамнезе на перенесенный тазовый перитонит, продукты которого на операции обнаружены в 26,71% всех миоматозных больных и в 40,7% миоматозных девиц, дает нам основание у этих последних предполагать в качестве одного из этиологических моментов миомы нарушение функциональных отправлений матки на почве вторичного воспаления серозного покрова матки при первичном поражении тазовой брюшины и околоматочной клетки.

Комбинированные жалобы больных мы наблюдали в большинстве запущенных случаев, причем и здесь самым частым симптомом являлось кровотечение в комбинации с болями или опухолью — всего в 47,14%; жалобы на боли и опухоль, без кровотечения, наблюдались у 11,07% больных.

Суммируя отдельно различные симптомы, наблюдавшиеся у наших больных, мы увидим, что самым частым симптомом, как изолированным, так и в комбинации с другими, были кровотечения и меноррагии — в 70,71% всех случаев; жалобы на боли наблюдались в 63,56% и жалобы на опухоль — в 29,99%. Жалобы на присутствие опухоли в животе больные заявляли значительно реже, чем можно было ожидать даже по наружному осмотру, что находит себе объяснение в отсутствии в этих случаях воспалительных осложнений, которые вынуждают значительно раньше обращаться за врачебной помощью.

Движение оперированных больных по роду операций сравнительно за два периода представлено на табличке 16:

16. Движение оперированных больных по роду операций

Операции	1909—1917 гг.				1918—1927 гг.				1909—1927 гг.			
	опериро- вано	выздоро- вело	умерло	% смер- ности	опериро- вано	выздоро- вело	умерло	% смер- ности	опериро- вано	выздоро- вело	умерло	% смер- ности
Брюшное чревосечение .	91	89	2	2,19	129	123	6	4,65	220	212	8	3,63
Влагалищное чревосечение	28	28	—	—	24	23	1	4,16	52	51	1	1,92
Операции без вскрытия брюшной полости .	5	5	—	—	3	3	—	—	8	8	—	—
Всего .	124	122	2	1,61	156	149	7	4,48	280	271	9	3,21

Обращает на себя внимание значительно повысившаяся послеоперационная смертность во втором периоде, что находит себе объяснение в запущенности случаев и ослабленном питании больных; если второй период разбить по пятилетиям, то с 1918 по 1922 год,— время голода, разрухи и продовольственного кризиса,— на 77 операций приходится 5 умерших, или 6,5% смертности, а с 1923 по 1927 год, с улучшением экономического состояния города и деревни и облегчением продовольственных затруднений, на 79 операций приходится 2 умерших, или 2,5% смертности, приблизительно такая же смертность, как и в первом периоде. Более высокая смертность при брюшном чревосечении, сравнительно с влагалищным, зависит исключительно от подбора более легких случаев для влагалищных операций.

Операции, примененные нами на миоматозных больных, можно подразделить по технике на три главные группы: 1) группу консервативных операций без вскрытия брюшной полости— 8 операций; 2) группу влагалищных операций со вскрытием брюшной полости— 52 операции; 3) группу брюшных чревосечений— 220 операций. Детальная группировка и исход произведенных операций представлены на таблице 17:

17. Операции, произведенные на миоматозных больных

Исход. операций Название операций	1909— 1917 гг.		1918— 1927 гг.		С 1909 по 1927 год			
	выздо- ровело	умерло	выздо- ровело	умерло	число опер.	выздо- ровело	умерло	% смерт.
I. Консервативные операции без вскрытия брюшной полости								
Иссечение фибромы верхней губы вла- галищной порции	1	—	—	—	1	1	—	—
Иссечение миомы влагалищной стенки	1	—	—	—	1	1	—	—
Иссечение фиброзных полипов тела матки	3	—	3	—	6	6	—	—
Всего оперировано	5	—	3	—	8	8	—	—
II. Влагалищные чревосечения								
Консервативные операции	—	—	1	—	1	1	—	—
Иссечение матки	28	—	22	1	51	50	1	—
Всего оперировано	28	—	23	1	52	51	1	1,92
III. Брюшные чревосечения								
Консервативное иссечение миоматозных узлов	6	—	16	1	23	22	1	—
Иссечение миоматозных узлов и малое кесарское сечение	—	—	1	—	1	1	—	—
Надвлагалищная ампутация матки	9	—	2	—	11	11	—	—
Полное иссечение матки	74	2	103	5	184	177	7	—
Кесарское сечение при доношенной бе- ременности и иссечение матки	—	—	1	—	1	1	—	—
Всего оперировано	89	2	123	6	220	212	8	3,63
Итого	122	2	149	7	280	271	9	3,21

Показанием для консервативных операций первой группы без вскрытия брюшной полости служила локализация опухоли, не возбуждавшая сомнений в методе и технике операции. Непосредственный исход операций у больных этой группы благоприятный; в отдаленных результатах среди 8 больных, подвергшихся иссечению фиброзных полипов, в двух случаях через несколько лет последовали рецидивы болезни, потребовавшие применения радикальной операции. Такое наблюдение побудило нас во втором десятилетии ограничить применение консервативного иссечения фиброзных полипов лишь у лиц молодых, в чадородном возрасте, и применять сразу же экстирпацию матки у пожилых женщин в возрасте за 40—45 лет. Такой радикализм имеет себе оправдание и в социальных показаниях для скорейшего восстановления трудоспособности больных. Больная с мио-мой влагалищной стенки и больная с кистозно-перерожденной гроздевидной фибромой (гистологически установленной) верхней губы влагалищной порции, повторно обследованные — первая через 6 и вторая через 15 лет после операции, — оказались свободными от рецидива.

Влагалищная экстирпация матки нами применялась в случаях с небольшими опухолями, доступными для извлечения через влагалище целиком, или при рассечении матки на две половины по методу Дёдерлейна; кроме того, принималось во внимание отсутствие сращений как придатков матки, так и в тазовой брюшине. Несмотря на такой подбор случаев для влагалищной экстирпации, мы вынуждены были из 52 случаев в 10 вместе с маткой удалить и измененные придатки с двух сторон и в 12 случаях — с одной стороны. Консервативное вылушение миоматозных узлов при влагалищных операциях мы применили всего один раз; в остальных 29 случаях было сделано полное иссечение матки без придатков. В послеоперационном периоде после влагалищной экстирпации умерла одна больная, 54 лет, оперированная по поводу фибромиомы, осложненной раком тела матки; больная среднего роста, 85 кг весом, с сильно ожирелым животом. 22 декабря 1921 года под спинномозговой анестезией (новокаин — 0,15), глубокий шухардовский разрез влагалища и промежности, иссечена матка с придатками, изолированные лигатуры. 26 декабря в ночь сильная одышка, цианоз, пульс не считается; под влиянием сердечных и возбуждающих 27 декабря одышка и цианоз прошли, пульс восстановился до 65 ударов в минуту; 28 декабря швы во влагалище и на промежности сняты. Prima. 30 декабря после поворачивания на бок в койке снова сильная одышка, обильные крепитирующие хрипы в обоих легких. 2 января умерла при нарастающей сердечной слабости (вскрытия не было; диагноз предположительно — эмболия разветвлений легочной артерии). В остальных случаях послеоперационное течение без осложнений, все выздоровели.

Гораздо чаще мы применяли брюшное чревосечение, показанием для которого считали с одной стороны большую величину опухоли, с верхней границей выше безыменной линии, а также сращения в придатках и тазовой брюшине, так как в этих

случаях брюшной метод под контролем зрения лучше гарантирует от возможных повреждений соседних органов, облегчает разделение сращений и дает возможность полной перитонизации. С другой стороны, и при небольших опухолях у больных в чадородном возрасте, в целях индивидуализации и возможного консерватизма, мы предпочитаем брюшное чревосечение, которое для консервативных операций является операцией выбора.

Из 220 брюшных операций 185 раз сделано полное иссечение матки, 24 раза — консервативное вылушение миоматозных узлов и 11 раз — надвлагалищная ампутация матки; эта последняя операция сделана в исключительных случаях трудного доступа к полости малого таза вследствие очень сильного ожирения передней брюшной стенки и глубокого, узкого таза.

На 220 брюшных чревосечений умерло 8 больных; одна после консервативного иссечения миоматозных узлов и иссечения червеобразного отростка — от аппендикулярного перитонита, развившегося еще до операции; 7 больных умерли после полной экстирпации матки и придатков; две — от перитонита (распадающаяся подслизистая миома) и 5 — от осложнения воспалением легких.

В шести случаях подслизистые фиброзные полипы иссечены с подкожным впрыскиванием пантопона; в остальных 274 случаях операции сделаны почти поровну как под общим наркозом — 136 операций, так и под спинномозговой анестезией — 138 операций. В первом периоде применялся преимущественно общий эфирный и гедоналовый наркоз, а во втором периоде, вследствие отсутствия постоянного опытного наркотизатора, обязанности которого выполняли переменные лица среднего медицинского персонала, а также вследствие частых осложнений при эфирном наркозе и отсутствия гедонала мы вынуждены были перейти к спинномозговой анестезии. Применение наркоза и его осложнения представлены на таблице 18:

18. Наркоз и его осложнения за 1909—1927 гг.

Вид наркоза	Число про- веденных наркозов	Осложнения при наркозе				Западение языка и че- люсти	Число всех осложнений	% ослож- нений
		рвота	кратко- времен. падение пульса	кратковре- менная остановка дыхания				
<i>А. Общий наркоз</i>	136	34	4	4	2	44	32,35	
Эфир	73	27	3	—	2	32	43,83	
Хлороформ	10	3	—	—	—	3	30,00	
Гедонал	53	4	1	4	—	9	16,98	
<i>В. Спинномозговая анестезия</i>	138	17	—	—	—	17	12,31	
Новокаин	120	17	—	—	—	17	14,16	
Стоваин	16	—	—	—	—	—	—	
Тропокаин	2	—	—	—	—	—	—	
Пантопон	6	—	—	—	—	—	—	
Итого	280	51	4	4	2	61	22,26	
% осложнений	—	18,61	1,46	1,46	0,73	—	—	

Примечание: Наркоз пантопоном изъят при вычислении процента осложнений, т.е. процент высчитан к 274, а не к 280.

При эфирном наркозе самым частым осложнением бывает рвота как во время наркоза, так и в послеоперационном периоде; значительно реже наблюдались кратковременное падение пульса и кратковременная остановка дыхания при западении языка; в процентном отношении к эфирным наркозам осложнения составляют 43,83%; под гедоналовым наркозом оперировались наиболее тяжелые, ослабленные длительным кровотечением больные, а осложнения при нем наблюдались почти в три раза реже, чем при эфире,—в 16,98%; хлороформ применялся в небольшом числе случаев с хорошо сохранившейся сердечнососудистой системой, почему и осложнения при нем наблюдались реже, чем при эфире, но все же чаще, чем при гедоналовом наркозе.

При спинномозговой анестезии со стороны органов кровообращения и дыхания тяжелых осложнений у миоматозных больных мы не наблюдали ни разу. Неприятным осложнением при спинномозговом обезболивании являлась недостаточность анестезии, которая наблюдалась около 10% всех случаев; но это осложнение легко устранялось дачей небольшого количества эфира или хлороформа, а потому не имело тяжелых последствий. Во время операции мы наблюдали лишь легкие осложнения в виде тошноты и кратковременной рвоты почти в четыре раза реже, чем при эфирном наркозе.

В послеоперационном периоде наблюдались неприятные осложнения в виде головных болей и задержки мочеиспускания; эти осложнения под влиянием терапевтических мероприятий проходили в течение ближайших дней. Парез отводящего нерва глазного яблока наблюдался всего один раз; клиническая картина ясно обозначилась к концу первой недели, и без всякого терапевтического вмешательства к концу второй недели зрение восстановилось в полной мере.

Если в первом периоде операционная рана не всегда зашивалась наглухо,—при брюшном чревосечении тампон был применен в 14,28%, а при влагалищном даже в 60,71%,—то во втором периоде тампон был применен на 126 брюшных чревосечений всего три раза, а на 24 влагалищных ни разу. Такая перемена в отношении к тампону произошла отчасти потому, что больные значительно раньше стали обращаться за медицинской помощью, и реже стали попадаться запущенные, осложненные случаи; с другой стороны, главным образом потому, что в применении реакции осаждения эритроцитов во втором периоде мы получили объективный метод для дифференцировки осложненных воспалительными процессами случаев, которые предварительно подлежались консервативным мерам.

На основании литературных данных и своих клинических наблюдений над оперированными по поводу фибромиомы матки больными мы приходим к следующим выводам:

1. Среди миоматозных больных мы наблюдали почти одинаковое число как городских — 45,13%, так и сельских жительниц — 54,87%.

2. По роду занятий и социальному положению среди наших больных преобладали лица тяжелого физического труда: кре-

стьянок было 40,43%, рабочих, ремесленниц и домашних работниц — 28,52% и лиц интеллигентного труда — 31,04%.

3. Заболевание миомой происходит в большинстве случаев в молодом чадородном возрасте, а обычно наблюдаемый пожилой возраст оперируемых по поводу миомы матки больных не соответствует возрасту заболевания, так как между началом заболевания и временем операции протекает большой промежуток бесплодия.

4. Родовую деятельность наших больных нельзя признать пониженной, так как на каждую оперированную больную в общем приходится около 4 родов (3,94), а на каждую рожавшую из них — 4,5 родов в среднем.

5. Наблюдаемое у миоматозных больных абсолютное бесплодие в большинстве, а относительное бесплодие во всех случаях не зависит от миомы, а предшествует развитию миомы в результате предварительно перенесенных воспалительных заболеваний половых и тазовых органов и предрасполагает к возникновению и развитию миомы путем нарушения кровообращения.

6. Перенесенные предварительно воспалительные заболевания половых и тазовых органов, остатки которых при операции обнаружены нами около 70% всех случаев, мы считаем одним из первичных внешних факторов, который путем длительного раздражения, нарушения кровообращения и функциональных отравлений половой системы влечет к возникновению и способствует развитию опухоли.

7. В случае недавнего происхождения, особенно у больных в чадородном возрасте, показано консервативное лечение миомы; в запущенных и не поддающихся консервативному лечению случаях и у лиц пожилого возраста показано оперативное лечение.

8. Ввиду противопоказания к применению лучистой энергии у лиц в чадородном возрасте из-за возможности полной кастрации, а у лиц пожилого возраста — вследствие частого перерождения опухоли и осложнения фибромиомы воспалительными процессами в придатках матки и тазовых органах, — оперативный метод лечения, при небольшом проценте смертности (на нашем материале — 3,21%), является наиболее рациональным методом лечения фибромиомы матки, допускающим широкую индивидуализацию для консервативных целей в выборе техники операции и в то же время наиболее радикальным, быстро ведущим к восстановлению трудоспособности больных.

9. Брюшное чревосечение, которое под контролем глаза открывает широкий доступ к радикальной операции, в то же время дает возможность индивидуализировать в консервативных целях операцию и лучше гарантирует от возможных повреждений внутренних органов в запущенных случаях со сравнениями в тазовой брюшине, надо признать операцией выбора.

ЛИТЕРАТУРА И ПЕЧАТНЫЕ ИСТОЧНИКИ

Брант. Фибромиома и рак. Р. Вр. 1911.—Владимиров. К вопросу о судьбе подбрюшинных фибромиом. ЖА. 1903.—Гамбаров Г. Г. Фибромиомы матки и их лечение. 1926.—Гогоберидзе Б. К. К вопросу об осложнении фибромиом матки заболеваниями придатков и о связи их друг с другом. ЖА. 1910, стр. 1081 и 1231.—Груздев В. С. Гинекология. 1922.—Груздев В. С. Фибромиомы рукава. Р. Вр. 1900.—Какушкин Н. М. О некоторых условиях, способствующих развитию фибромы матки. Тр. VIII В. С. А. и Г. 1930 г. Киев.—Кузнецкий. К казуистике гистеротомий. ДН. К. О. Вр. 1881.—Лельчук П. Я. Начало менструаций и опухоли матки. ЖА. 1926.—Лозинский. К вопросу о фибромиомах яичника и их гистогенезе. Пр. В. 1908.—Лозинский. К вопросу о злокачественном перерождении миом матки. Тр. V С. Р. А. и Г. 1915.—Menge-Oritz. Руководство по гинекологии, русский перев. 1914, изд. Пр. Мед.—Новиков А. М. К клинике и хирургии миом матки. Тр. II С. Р. А. и Г. 1907.—Новиков А. М. Клинические наблюдения над миомами матки и лечение их. 1909, моногр.—Отт Д. О. К этиологии и профилактике фибромиом матки. Р. Вр. 1911.—Он же. ЖА. 1901.—Платонов. Фибромиома матки необычайно больших размеров. Хир. 1908.—Попов Д. Д. К вопросу об изменениях яичников при фибромиомах матки. Дисс. ПБ. 1890.—Попов Д. Д. Об изменениях falloпиевых труб при фибромиомах матки. Вр. 1890, № 50.—Pozzi S. Руков. клинической и оперативной гинекологии, перев. с 3-го изд. 1897.—Рознегардт. К этиологии фибромиом и полипов матки. Вр. 1891.—Славянский К. Ф. Частная патология и терапия женских болезней, т. I, 1888, и т. II, 1897.—Снегирев В. Ф. Маточные кровотечения, изд. 3-е 1900.—Снегирев Ю. В. Клинические особенности фибромиомы. Р. Вр. 1911.—Тиканадзе. К вопросу о плотных опухолях яичника. Р. Вр. 1911.—Улезко-Строганова К. П. К гистогенезу миом матки. Тр. V С. Р. А. и Г. 1915; ЖА. 1914.—Улезко-Строганова К. П. О злокачественной миоме матки ЖА. 1902.—Ульяновский Л. В. К казуистике и гистогенезу цистомы матки громадных размеров. ЖА. 1910, стр. 153.—Штраух. Обзор наших 41 миомотомий за последний год. ЖА. 1902. Aschoff L. Pathol. Anatomie. 923.—Albrecht H. Hlb. u. Seitz Bd. IV, 1928.—Bollenhagen H. Ztschr. f. Geb. u. G. Bd. 43, 1900.—Bullius G. Ztschr. f. G. Bd. XXIII, 1892.—Cohnheim. Vorlesungen über allg. Pathologie. 1887.—Cordes, Diss. 1880 (по Славянскому).—Daniel C. (no Pozzi).—Döderlein u. Krönig. Oper. Gynäkologie. 1924.—Döderlein A. Lehrb. d. Gyn. von Küstner, 1904, S. 192.—Fehling. Zbl. f. Gyn. 1890, № 29 (no Pozzi).—Fleck G. Arch. f. G. Bd. 71.—Fraenkel E. Kl. Vortr. № 323. 1901.—Fraenkel L. Disc. Verh. d. D. Ges. f. G. XIV Bd. 1911.—Frankl O. Verh. d. D. Ges. f. G. Bd. XIV, S. 527.—Frankl O. Arch. f. G. XCV; реф. Jahrb. f. Gyn. 1912.—Frankl O. Patholog. Anatomie u. Histologie d. weibl. Genitalorgane 1914.—Freund. Ztschr. f. G. Bd. 74. 1913.—Gebhard C. Patholog. Anatomie d. weibl. Sexualorgane. 1899.—Johnson. Journ. of the Amer. med. Assoc. 1891, p. 382.—Gottschalk. Arch. f. Gyn. Bd. 43. 1893 (Veit, Pozzi).—Hermes. Arch. f. G. Bd. 48, 1895.—Hofmeier M. Ztschr. f. G. Bd. 30, 1894.—Kehrer. Hlb. u. Stz. Bd. IV, S. 208. Kakuschkin N., Prof. Zur Aetiologie u. Prophylaxe des Uterusmyoms. Zbl. f. Gyn. 1930 № 46.—Meyer R. Veit's Hdb. d. Gyn. Bd. I. 1907.—Meyer R. Zbl. f. Gyn. 1920, S. 473.—Meyer R. Arch. f. G. CXIII Bd.—Müller Verh. d. D. Ges. f. Gyn. 1891, S. 283.—Olshausen R. Zbl. f. G. 1886 (по Славянскому).—Opitz. M. m. W. 1918 № 38.—Polano. Verh. d. D. Ges. f. G. XV, S. 376.—Pozzi S. Lehrbuch der klin. u. operat. Gynäkologie, 1892.—Prochownik D. m. W. 1892 № 7.—Ricker. Virchow's Arch. Bd. 142.—Seitz. Verh. d. D. Ges. f. G. XIV, S. 524.—Sellheim H. Verh. d. D. Ges. f. C. XIV, S. 541.—Schröder R. Lehrbuch d. Gyn. 1922.—Strassmann P. Ztschr. f. Geb. u. G. Bd. 51, 1904 (по Гогоберидзе).—Strassmann u. Lehmann. Arch. f. Gyn. Bd. 56.—Stratz C. Ztschr. f. Geb. Bd. 47, 1902.—Theilhaber A. Strahlentherapie XI, S. 688—612; реф. Zbl. f. Gyn. 1910, S. 212.—Troell A. Mtschr. f. Geb. Bd. XXV, H. 5, 1912.—Veit. J. Hdb. d. Gyn. Bd. I, 1907.—Virchow R. Die krankhaften Geschwülste, Bd. III.—Winkel. Volkm. Vortr. № 32 (98).—Winter G. Ztschr. f. Geb. u. G. Bd. 51, 1904.

Klinische Materialien zur Lehre von den Uterusmyomen

Dr. A. N. Orlov und Dr. E. N. Smirnova-Semenova

Auf Grund litterarischer Angaben und unserer klinischen Beobachtungen an Kranken, welche in Folge der Uterusmyoms operiert wurden (bis 280 Operationen), können wir folgendes feststellen:

Unter Myomenkranken sehen wir fast in gleicher Zahl Vertreterinnen von Stadt—45,13% und Land—54,87%.

Der Art ihrer Beschäftigung und socialen Lage nach dominierten unter unseren Kranken Leute schwerer physischer Arbeit: Bäuerinnen—40,43%, Arbeiterinnen, Handwerkerinnen und Hausarbeiterinnen—28,52% und intellectuelle Arbeiterinnen—31,04%.

Die Erkrankung an der Myome findet in den meisten Fällen im jungen geburtsfähiger Alter statt, und das gewöhnlich beobachtete vorgeschrittene Lebensalter der infolge des Uterusmyoms zuoperierenden entspricht nicht dem Alter der Erkrankung, da zwischen dem Anfange der Erkrankung und der Operationszeit ein grosser Zwischenraum der Unfruchtbarkeit liegt.

Die Geburtstätigkeit unserer Kranken kann nicht als eine herabgeminderte betrachtet werden, da auf jede operierte Kranke im allgemeinen im Durchschnitte gegen 4 Geburten und auf jede Entbundene aus der Zahl der Kranken gegen 4,5 Geburten fallen.

Die bei den myomatösen Kranken in den meisten Fällen beobachtete absolute Sterilität und die relative Sterilität in allen Fällen hängt nicht von der Myome ab, sondern entwickelt sich zum zweiten Male als Resultat vorheriger überstandenen Entzündungserkrankungen der Geschlecht- oder Beckenorgane und disponiert durch Blutlaufstörung zur Entstehung und Entwicklung der Myome.

Die vorherigen überstandenen Entzündungserkrankungen der Geschlechts- oder Beckenorganen, deren Reste wir bei den Operationen in 70% aller Fälle beobachtet haben, halten wir für einen primären äusserlichen Factor, welcher infolge der Blutlaufstörung und der funktionalen Verrichtungen der Geschlechtsorgane die Geschwulstentstehung veranlasst und ihre Entwicklung befördert.

In den Fällen jüngster Herkunft, besonders bei den Kranken geburtsfähigen Alters, ist eine konservative Behandlung der Myome vorgeschrieben; in vernachlässigten Fällen, welche sich der konservativen Cur nicht unterwerfen, und bei bejahrten Frauen ist eine Operativbehandlung notwendig.

Da die Behandlung mit Actinotherapie bei Frauen geburtsfähigen Alters wegen der Möglichkeit voller Castration, und bei bejahrten Frauen wegen oft beobachteten Degenerationen der Geschwulst und oftmaliger Complizierung der Fibromyome durch Entzündungsvorgänge in den Uterusadnaxe und Beckenorganen nicht zu empfehlen ist, muss die operative Behandlung, bei kleinem Sterblichkeitsprozente (laut unseren An-

gaben—3,85), als die aller rationellste Methode der Uterusmyombehandlung anerkannt werden, da sie eine breite Individualisierung für konservative Zwecke bei der Wahl der Operationstechnik gestattet, gleichzeitig aber auch als die radicalste gelten, da sie eine rasche Herstellung der Arbeitsfähigkeit der Kranken ermöglicht.

Der Bauchschnitt, welcher dem Auge die Kontrolle durch einen breiten Zutritt zu einer radicalen Operation öffnet, und dabei die Möglichkeit bietet die Operation zu konservativen Zwecken zu individualisieren und besser von möglichen Verletzungen der inneren Organe in vernachlässigsten Fällen des Zusammenwachsens in den Beckenbauchfelle bewahrt, muss als eine Auswahloperation betrachtet werden.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ НАД СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

(На основании 1477 люмбальных анестезий)

Д-р Н. Н. Рукин

В истории хирургии введение в хирургическую практику общего обезболивания играет роль не меньшую по своему значению, чем открытие Листера. Нельзя представить себе размаха современной хирургии без возможности производить сложные операции безболезненно. До недавнего времени общий хлороформный и эфирный ингаляционный наркозы были единственными средствами, ведущими к этой цели. С применением их для целей обезболивания началась эпоха наиболее быстрого расцвета хирургии, но вместе с тем вскоре же обнаружились и серьезные теневые стороны ингаляционного наркоза в виде токсического действия его на сердце, дыхательный и сосудодвигательный центры. Смерть на операционном столе от остановки сердца и дыхания на почве токсического действия наркотика даже в руках самых опытных наркотизаторов имеет место и по настоящее время.*

Перерождение паренхиматозных органов, главным образом печени и почек, нередко влекут за собой тяжелые осложнения со стороны этих органов в послеоперационном периоде. Таким образом постепенно наметился целый ряд заболеваний этих органов, при которых применение хлороформного и эфирного наркозов являлось рискованным, а в некоторых случаях и прямо противопоказанным. Если даже в руках опытных и достаточно научно подготовленных наркотизаторов ингаляционный наркоз дает иногда роковые исходы, то в обстановке большинства наших больниц, где для ведения наркоза нет достаточно опытного врачебного персонала, и наркоз по настоящее время находится в руках фельдшерии, часто молодых и малоопытных, — такие роковые исходы и осложнения во время и после наркоза встречаются значительно чаще.

Все это заставляло врачей искать путей обезболивания более безопасных, чем общий наркоз, и выполнимых самим хирургом до начала операции. Местная и проводниковая анестезия были первым этапом в этом отношении, и, наконец, крупным шагом вперед явилась предложенная в 1899 году Биром и испробованная им на самом себе и своем ассистенте спинномозговая

* И. Б. Левит, „Журнал для усовершенствования врачей“ 1926 г., № 1.

анестезия. Вводя анестезирующий раствор внутрь мешка спинномозговых оболочек, Бир рассчитывал иметь обезболивание на всех участках, иннервируемых соответственными корешками, и этот расчет его блестяще оправдался. Им же произведены и первые операции под спинномозговой анестезией. Некоторые неудачи его первых опытов несколько замедлили дальнейшее распространение спинномозговой анестезии в хирургической практике, а самого Бира заставили даже на время вовсе отказаться от применения своего метода. Наиболее горячих сторонников метод Бира нашел первое время среди французских хирургов, которые произвели уже много операций с этим видом обезболивания в то время, когда сам Бир еще воздерживался от широкого его применения на основании своих первых, не совсем удачных анестезий.

Введение в хирургическую практику вместо кокаина более безвредных, заменяющих его, тропококаина, стоваина, новокаина и др., а также постепенное улучшение техники самой спинномозговой анестезии расширили область применения ее и вместе с тем значительно уменьшили те неприятные осложнения, которые были опубликованы после первых случаев ее применения.

До выработки правильной техники бывали тяжелые осложнения и даже смертные случаи; так, у Крёнига наблюдалось до 6 смертных случаев, 2 раза парез отводящего нерва и 1 раз длившееся два дня бессознательное состояние. С улучшением же техники с 1912 года Крениг имел свыше 2542 люмбальных анестезий без единого смертного случая, ни разу — паралича отводящего нерва и всего лишь 2 раза легкие скоропроходящие расстройства дыхательного центра. Хоземан (Hosemann) собрал из литературы 500 люмбальных анестезий без единого смертного случая. Додерлейн в 1920 году дал сводный материал из литературы в 42 754 люмбальных анестезий с 47 смертными случаями, или 1 на 910; но многие из этих случаев необходимо отбросить, так как смерть произошла не от анестезии, а от основной болезни.

Мы хотим поделиться с товарищами опытом гинекологического отделения губернской больницы с применением спинномозговой анестезии при гинекологических операциях. Наш материал составляет 1477 операций, произведенных за время с 1910 по 1926 год.

Главная опасность при люмбальной анестезии, как доказали исследования Heinecke и Löwen'a, зависит не от последующего ядовитого действия после всасывания раствора, а от техники применения анестетиков в зависимости от различного их удельного веса. Если нам удастся удержать впрыскиваемое в субарахноидальное пространство анестезирующее вещество вдали от важных для жизни центров продолговатого мозга, то несчастный исход или тяжелые осложнения во время операции исключаются; они имеют место лишь при поднимании анестезирующего вещества до продолговатого мозга. Техника применения анестетика и способ его приготовления имеют громадное решающее значение для успешного применения люмбальной анестезии.

Крениг называет низкой анестезией такую, при которой раствор анестетика, введенный в субарахноидальное пространство, будучи удельно тяжелее спинномозговой жидкости, остается ниже места укола. При высокой анестезии анестезирующее вещество вводится в растворе, удельно более легком, чем спинномозговая жидкость, и в этом случае удается сделать нечувствительными те спинномозговые сегменты, которые лежат выше инъекции.

При впрыскивании растворов, удельно более тяжелых, чем спинномозговая жидкость, можно получить высокую анестезию, если различными, чисто механическими, способами заставить ее подняться выше. Если при проколе спинномозгового мешка к раствору, находящемуся в шприце, насосать спинномозговой жидкости до 10 см³ и затем за раз это количество впрыснуть женщине в сидячем положении, то, как показали опыты, анестезирующий раствор в этом случае прогоняется почти до продолговатого мозга. Последствием этого является анестезия более высоких участков. Того же самого мы достигнем, если при меньшем, скажем, до 5 см³, разведении анестетика спинномозговой жидкостью, впрыснем раствор не плавно, а толчками, и повторим это насасывание несколько раз. И, наконец, высокой анестезии мы можем достигнуть при применении удельно тяжелых растворов, если женщину быстро после инъекции перевести в лежащее и затем в тренделенбурговское положение. Такие механические способы получения высокой анестезии всегда таят в себе опасность, так как не позволяют в каждом случае знать, как высоко и в каком количестве анестезирующее вещество поднимается вверх.

Крениг давал предпочтение для высокой анестезии таким растворам, которые удельно легче ликвора. Впрыснув его женщине в сидячем положении, он оставлял женщину в этом положении на несколько минут, чтобы дать возможность раствору подняться выше в спинномозговой жидкости. Преимущества этого способа ясны из следующего наблюдения Кренига: если вскоре после смерти удалить задние дужки позвонков у женщины в сидячем положении с согнутой головой, то увидим, что мешок паутинной оболочки наполнен жидкостью только до высоты седьмого или шестого шейного позвонка. Выше этого уровня мешок паутинной оболочки так тесно прилегает к мозгу, что между ними остается только капиллярный слой жидкости. Многочисленными манометрическими измерениями у живой при люмбальной анестезии доказано, что соответственно этому анатомическому установлению давление жидкости на этом уровне падает почти до нуля. В этом положении, стало быть, продолговатый мозг как бы совершенно отделен от остального спинного мозга и наиболее защищен от проникания туда анестезирующего раствора. Отсюда вытекает настоятельная необходимость строго следить за сохранением женщиной в момент впрыскивания правильного положения — согнутой дугой спины и пригнутой к груди головы, чтобы неосторожным движением ее головой или руками не нарушить выгодного, как бы полного

разобщения спинномозговой жидкости, омывающей продолговатый мозг, от остальной жидкости, находящейся в спинномозговом мешке.

Если впрыснуть свежему труп в сидячем положении в спинномозговой мешок 3 см³ раствора метиленовой синьки, которая удельно легче, чем цереброспинальная жидкость, то синим цветом будет окрашен спинной мозг только до высоты седьмого или шестого шейного позвонка, т.-е. до той границы, о которой говорилось выше. При впрыскивании же 10 см³ сильным толчком, а не медленно и плавно, мы получаем синее окрашивание и продолговатого мозга; таким образом, в этом случае вышеописанный барьер в субарахноидальном пространстве как бы разрывается, и продолговатый мозг становится доступным для токсического действия раствора.

При переведении женщины в горизонтальное положение этот барьер также разрывается; и можно было бы думать, что анестезирующее вещество вместе с цереброспинальной жидкостью достигнет продолговатого мозга.

Но опыты Straube и Gauss'a показали, что если мы через минуту после введения раствора (стоваина в количестве 0,07) новой пункцией выпустим небольшое количество жидкости, то мы в ней найдем еще довольно значительное количество стоваина, которое уменьшается с каждой минутой и через пять минут уже не определяется вовсе,— весь стоваин оказывается связанным спинномозговой субстанцией и в жидкости больше не находится. Для каждого анестетика существует определенная доза, выше которой он уже не связывается спинномозговой субстанцией, свободно остается в спинномозговой жидкости и, стало быть, может оказывать токсическое влияние на продолговатый мозг. Переходить эту предельную дозу нельзя без риска получить тяжелые осложнения со стороны дыхательного и сосудодвигательного центров.

Технически выполнение спинномозговой анестезии никакой трудности не представляет, и с этой стороны метод доступен любому хирургу и в любой, даже самой скромной операционной. Некоторые затруднения для начинающего могут представлять самый прокол и попадание иглой в субарахноидальное пространство, но при небольшом навыке это удастся легко и почти всегда без осечки. Инструментарий, которым мы пользуемся, состоит из шприца Рекорда в 10,0 и иглы Бира для лумбальных пункций. Перед употреблением игла в течение 10 минут кипятится в дистиллированной воде; не рекомендуется кипятить иглу в щелочных растворах, так как следы щелочи портят раствор применяющегося для анестезии вещества и уменьшают его анестезирующее свойство. Шприц постоянно сохраняется в 95° спирте и перед употреблением кипятится в дистиллированной воде. Игла для пункции должна быть достаточно остра, не очень толста и не очень остро скошена на конце. Лучше всего для этой цели пользоваться платиновой иглой, не обладающей способностью окисления. В нашем распоряжении такой платиновой иглы не было, и нам приходилось пользоваться

обычной стальной иглой. Обработку кожи спины перед проколом мы производим обтиранием ее бензином, спиртом и последующим смазыванием иодом. Для операции на промежности, влагалище и на прямой кишке достаточно впрыскивания раствора между третьим и четвертым поясничными позвонками и даже между четвертым и пятым. Введение раствора между первым и вторым позвонками дает обычно обезболивание всей брюшной полости и позволяет производить любую операцию на любом органе брюшной полости. Выше промежутка между двенадцатым грудным и первым поясничным позвонками при своих операциях анестезирующий раствор мы не вводили. Для люмбальной анестезии нами применялся в большинстве случаев 5% раствор в дистиллированной воде новокаина, реже 5% раствор тропокаина и 3% раствор стоваина. В период общей разрухи применение различных препаратов зависело не от нашего выбора, а от наличия их в аптеке; на основании же своих наблюдений мы определенно предпочитаем новокаин. К приготовленному нами раствору анестетика мы обычно прибавляем адреналин из расчета по 1 капле на кубик раствора. Нужно сказать, что по вопросу о целесообразности прибавления адреналина к анестезирующему раствору мнения хирургов не вполне сходятся: часть хирургов прибавляют, рассчитывая на увеличение продолжительности анестезии и большую глубину ее при этом, а также полагая, что прибавление его уменьшает наблюдающееся при спинномозговой анестезии падение кровяного давления и до некоторой степени понижает токсическое действие вводимых растворов на продолговатый мозг. Другая и, может быть, не меньшая часть хирургов отказывается от прибавления адреналина ввиду невозможности надежной стерилизации его растворов, нестойкости его при хранении и возможности раздражающего действия на оболочки спинного мозга продуктов его распада и, самое главное, — увеличения и усиления будто бы при прибавлении адреналина побочных явлений, наблюдающихся при впрыскивании: бледность кожи, тошнота, рвота и пр. Мы лично не отмечали усиления этих явлений при прибавлении к анестезирующему раствору адреналина, а между тем анестезия при этом, по нашим наблюдениям, глубже и длительнее. Во всех случаях, когда в нашем распоряжении имеется хороший препарат адреналина, мы его прибавляем.

Подготовку больной к операции под спинномозговой анестезией мы производим обычным образом, очищая за два дня кишечник назначением слабительного и клизмами, причем делать это надо тщательно, так как при таком обезболивании наступает почти всегда паралич и зияние сфинктера, и в случае плохой очистки кишечника возможен произвольный стул на операционном столе. Требуется соответствующая психическая подготовка больной и внушение ей о полном отсутствии каких бы то ни было болевых ощущений при операции. Большинство больных этого бывает достаточно, и они сравнительно спокойно идут на операцию. Наиболее нервные и истеричные женщины, главным образом городские и интеллигентные, иногда

не поддаются увещаниям и не могут побороть в себе непреодолимого страха перед предстоящей операцией. С целью несколько подавить психику больных перед операцией, мы за два часа до операции даем всем больным 1,0 веронала, а раньше вводили под кожу бромистый скополамин в количестве 0,0003, согласно предложению Кренига. Больные, обычно, после такого приема крепко засыпают и в таком сонливом состоянии приносятся в операционную. В операционной минут за 15 до начала операции, если веронал не оказал своего действия, больной впрыскивается 1 кубик 1% раствора морфия, или 1% пантопона. После этого люмбальную пункцию больные переносят, почти не реагируя на нее. Самую люмбальную пункцию мы производим в сидячем положении больной с сильно согнутой в виде дуги поясничной частью позвоночника и сильно наклоненной вперед головой. Отыскать в каждом отдельном случае нужный межостистый промежуток обычно труда не представляет. Линия Jасоbі, соединяющая легко прощупываемые гребешки подвздошных костей, пересекает остистый отросток четвертого поясничного позвонка, а при сильном сгибании спины — ниже лежащий промежуток между четвертым и пятым позвонками. Идя вверх от этой линии, отсчитываем нужный межостистый промежуток. Остистый отросток первого поясничного позвонка выстоит обычно резко всего, — этим также можно пользоваться при ориентировке. Так как в поясничной части позвоночника остистые отростки идут параллельно друг другу и почти горизонтально, то таким же должно быть и направление иглы. Чем выше уровень, тем больше книзу становится наклонение остистых отростков, и тем, стало быть, острее книзу должен быть угол наклона иглы к горизонту. Первым препятствием на пути иглы будет мощная межостистая связка, преодолев которую, игла идет свободно, пока не встретит препятствия со стороны желтой связки. При небольшом усилии преодолевается и это сопротивление с очень характерным звуком, отчетливо ощущаемым рукой и слышимым даже ухом. При продвижении иглы еще на несколько миллиметров мы окажемся уже в субарахноидальном пространстве, и если выдвинем в это время мандрен из иглы, то вытекающая спинномозговая жидкость покажет нам, что мы шли по верному пути. Прокол нам удался почти всегда, за редкими исключениями в случаях резких искривлений позвоночника. В редких случаях бывало, что жидкость вытекала окрашенная кровью при поранении внутреннего позвоночного венозного сплетения; тогда мы отказывались от спинномозговой анестезии. Как редкость бывает, что игла находится уже в подпаутинном пространстве, а между тем спинномозговая жидкость из иглы не выделяется. Это бывает обычно, когда перед отверстием иглы оказывается одно из волокон конского хвоста, которое и закрывает просвет иглы. Несколько выдвигая иглу обратно или заставляя женщину сильнее согнуться, добиваемся вытекания спинномозговой жидкости. Поранение при этом волокон конского хвоста проявляется обычно характерной и чрезвычайно острой болью, отдающей в ту или иную

ногу. После того, как мы добились вытекания прозрачной спинномозговой жидкости, мы надеваем на иглу шприц, содержащий уже нужное количество раствора, и разводим этот раствор спинномозговой жидкостью, насасывая ее в шприц* кубиков до восьми, и затем медленным давлением на поршень впрыскиваем раствор в подпаутинное пространство; иглу затем вынимаем и кожное отверстие укола заклеиваем коллодием и марлей. Характер истечения жидкости бывает различным,—чаще она вытекает струей, иногда брызжет сильной струей, а иногда вытекает отдельными редкими каплями. В большинстве случаев, даже при вытекании спинномозговой жидкости каплями, удается ее медленно насосать в шприц и развести анестезирующий раствор до 8 кубиков.

На нашем материале мы не можем отметить зависимости между силой истечения жидкости и течением самой анестезии. Хорошее обезболивание мы получали и тогда, когда жидкость вытекала струей, и при капельном ее истечении. Степень разведения анестезирующего раствора спинномозговой жидкости, по нашим данным, так же как впрыскивание раствора и без всякого разведения, особенно существенной и заметной разницы в глубине и продолжительности анестезии также не дает. Потеря спинномозговой жидкости в наших случаях ограничивается 1, 2 и 3 кубиками,—неизбежная потеря при надевании шприца. Мы не прибегаем к сознательному опорожнению некоторого количества спинномозговой жидкости, как предлагают некоторые авторы (Filliatre и др.) с целью большего распространения анестезии вверх и предупреждения повышения давления в спинномозговом канале. При медленном введении раствора на уровне между первым и вторым позвонками мы получаем анестезию для всей брюшной полости, этого было совершенно достаточно для любой из брюшных операций. После впрыскивания раствора мы в течение трех минут оставляем больную в сидячем положении, чтобы в более концентрированном разведении он действовал на нижние корешки, и затем только медленно переводим больную в лежащее положение. Положив больную на стол, мы приступаем к обработке бензином, иодом и спиртом операционного поля и по окончании этого,—минут через 7 после впрыскивания анестезирующего раствора,—потеря болевой чувствительности бывает уже полная.

Проф. Штаркером, в бытность его в Вологде, производились наблюдения над постепенной потерей различных видов чувствительности и угасанием различных рефлексов: полученные им данные совпадают с теми, которые по этому вопросу приведены Юдиным в его монографии о спинномозговой анестезии. Первой угасает болевая чувствительность, затем температурная, и дольше других сохраняется тактильная чувствительность. Из рефлексов первыми пропадают кожные рефлексы, затем идут подошвенные и кремастера. Иногда больные при полной

* В большинстве шприц наполняется самотеком под влиянием давления спинномозговой жидкости.

потере болевой чувствительности сохраняют почти всю операцию чувствительность тактильную. Сознание в течение всей анестезии остается. В наших случаях, ввиду назначения больным перед спинномозговой анестезией наркотиков — веронала и морфия, больные почти в половине случаев засыпают тотчас же по переводе их из сидячего в лежащее положение и часто спят глубоко в течение всей операции. Для нервных больных такой предварительный прием наркотиков имеет большое значение, притупляя их психику и уменьшая ту психическую травму, которую представляет для них операция.

В части случаев (11%), где приходилось прибегать к добавлению общего наркоза, анестезия оказывалась хотя и полной, но недостаточно продолжительной. В конце операции больные начинали реагировать, и им приходилось давать эфир.

В 9% случаев анестезия не удавалась с самого начала.

В некоторых случаях больные реагируют на операцию не потому, что они чувствуют боль, а сознавая, что над ними производится операция, слыша разговор и звяканье инструментов, и настолько бывают потрясены этим, что не могут оставаться спокойными. В этом обычно сами больные сознаются после конца операции; несколько граммов эфира бывает достаточно, чтобы оглушить их, подавить психику, и дальнейшая операция течет тогда уже без всякой реакции. Бывали случаи, когда простое накладывание маски было достаточно для успокоения больной. В этой группе значительный процент составляют истеричные и нервные женщины, вообще малопригодные для спинномозговой анестезии, чаще городские женщины, рабочие и очень редко крестьянки. Здесь противопоказанием для спинномозговой анестезии служат состояние нервной системы этих больных и их психика, не позволяющая им победить в себе чувство страха перед операцией, если она производится при полном их сознании.

Весь оперативный материал наш, произведенный под спинномозговой анестезией, состоит из 1477 операций, из них: брюшных чревосечений 962, влагалищных чревосечений 107, операций на наружных половых органах 192, прочих операций — 276.

Из этого количества с новокаином произведено 1182 операции, причем доведено до конца, без прибавления общего наркоза, 968 случаев, т.-е. 81,9%, и общий наркоз добавлен в 214 случаях, т.-е. 18,1%. С тропокаином сделано 82 операции, из них доведено до конца 59, т.-е. 72%; общий наркоз дан в 23 случаях, т.-е. 28%. Со стокаином сделано 213 операций, из них доведено до конца 126 операций, т.-е. 59,2%, и дан общий наркоз в 87 случаях, т.-е. 40,8%.

По группам наш материал распределяется следующим образом. Наибольший процент случаев, где приходится прибегать к общему наркозу, падает на злокачественные новообразования матки (40%) и внематочную беременность (39,4%). При злокачественных новообразованиях матки делалась расширенная экстирпация матки и придатков по Вертгейм-Бумму с отсепа-ровкой мочеточников и иссечением околоматочной клетчатки;

так как в гинекологическое отделение попадает большой процент запущенных раков матки с инфильтрацией клетчатки, иногда прорастанием опухоли сосудов и мочевого пузыря и пр., то во время операции нередко приходится прибегать к перевязке подчревных сосудов, к пересадке мочеточников и резекции мочевого пузыря. Как правило, операция при запущенных раках матки тянется около 2—2,5 часов. Понятно, что при такой длительной операции, требующей на всем своем протяжении полного расслабления брюшных мышц, в конце ее спинномозговой анестезии нехватает, больная начинает реагировать, и приходится прибавлять общий наркоз. Но в этих случаях количество потребного наркотика значительно меньше, чем в том случае, если бы спинномозговой анестезии не было. Приходится обычно оглушать больную небольшим количеством хлороформа или эфира. Количество хлороформа, которое приходилось добавлять при раковых заболеваниях матки, колеблется от 4,0 до 20,0, редко превосходит 30,0 г. Так же невелико и количество эфира, которое приходилось добавлять к спинномозговой анестезии при раковых заболеваниях матки; оно также не может идти в сравнение с тем громадным количеством, которое потребовалось бы, чтобы провести всю операцию на протяжении двух часов только с одним эфиром. Я думаю, что большинство раковых больных, истощенных, кахектичных, пожилых, с отравленным болезнью сердцем, осталось бы на операционном столе, если бы они вынуждены были в течение всей операции находиться под общим ингаляционным наркозом. Только тяжестью операционного вмешательства и длительностью операции следует объяснить в группе раковых заболеваний матки сравнительно большой процент случаев, где приходилось добавлять общий наркоз. Небольшие дозы хлороформа и эфира, потребного для этого, говорят в пользу спинномозговой анестезии именно при этого рода заболеваниях, требующих тяжелой и длительной операции.

В группе внематочных беременностей более высокий процент добавочного общего наркоза объясняется тем, что подавляющее большинство больных этой группы приходится на случаи давно прервавшейся беременности,* с образованием капсулы заматочной или околотрубной опухоли и обширными сращениями ее с соседними органами, что, конечно, значительно усложняет и затягивает операцию. В этой группе есть случаи (шесть), где из-за невозможности разделить сращения приходилось прибегать и к резекции кишок и экстирпации матки вместе с гематоцелем и придатками. В большинстве случаев общий наркоз приходилось прибавлять в небольших количествах (от 2,0 до 10,0—20,0 г хлороформа) в самый последний и самый болезненный момент операции — при очищении брюшной полости и кишок от крови. Тщательному выполнению этого момента на отделении придается большое значение, и он занимает иногда немного менее времени, чем вся остальная операция.

* Свежие случаи трубной беременности оперируются под общим наркозом.

В других группах операций процент общего наркоза постепенно падает, уменьшаясь обратно пропорционально тяжести и длительности оперативного вмешательства, и, наконец, доходит до нуля в группе операций на наружных половых органах и промежности.

Довольно часто общий наркоз приходилось добавлять при выпадении матки, так как операция при выпадении матки часто слагалась из трех, четырех и пяти отдельных операций: 1) выскабливание полости матки, и 2) ампутация шейки при ее гипертрофии или разрывах; и обязательно из трех последующих операций: 3) передняя кольпорафия, 4) кольпоперинеорафия и 5) укорочение круглых связок.

При обычных лапаротомиях, например, при доброкачественных новообразованиях матки и придатков, воспалительных заболеваниях придатков, смещениях матки и пр., общий наркоз приходилось прибавлять значительно реже (от 12 до 18⁰/₁₀); больше ⁴/₅ всех операций этих групп начато и закончено только под спинномозговой анестезией.

Среди операций, произведенных под спинномозговой анестезией, помимо собственно гинекологических операций, у нас имеются и операции на почках, селезенке, желудке, желчных путях и т. п.; иными словами, принятый нами метод спинномозговой анестезии с введением раствора не выше первого поясничного позвонка позволяет оперировать на любом органе брюшной полости.

Относительно начала возвращения чувствительности после спинномозговой анестезии специальных наблюдений с часами в руках мы не вели. Наше впечатление, что длительность анестезии, так же, как и глубина ее не всегда одинаковы. В отдельных случаях, при операциях по поводу рака матки, полная анестезия держалась в течение всей операции и после, иногда свыше 4 часов; иногда восстановление чувствительности начиналось уже часа через два после впрыскивания анестезирующего раствора. В большинстве наших случаев анестезия во время операции была полная, настолько глубокая, что больная без всякой реакции позволяла проделывать самые болезненные манипуляции; расслабление мышц было такое, какое не всегда удается получить даже при общем глубоком наркозе. При переводе больной в положение Тренделенбурга кишки уходили далеко под диафрагму, совершенно освобождая полость малого таза. Дыхание было ровное и спокойное, совершенно не похожее на обычное неровное хрипящее дыхание при общем наркозе в руках неспециалистов-наркотизаторов. В подавляющем большинстве случаев была полная возможность спокойно оперировать, не волнуясь за течение наркоза; не было необходимости спешить с операцией, как при общем ингаляционном наркозе, дабы не заставлять больную вдыхать лишнее количество наркотика.

Так как наши больные перед введением анестезирующего раствора в субарахноидальное пространство получают веронал и морфий, то приблизительно в половине случаев они засыпают

тотчас же по переводе их из сидячего в горизонтальное или тренделенбурговское положение и спят иногда в течение всей операции.

Перейдем теперь к описанию осложнений, встреченных нами при спинномозговой анестезии, причем для удобства изложения разделим их на осложнения во время самой операции и на осложнения более отдаленные, появляющиеся в послеоперационном периоде, но связанные со спинномозговой анестезией. Из наиболее часто встречающихся осложнений во время самой анестезии и операции нужно отметить тошноту, рвоту, головокружение, бледность лица и легкий цианоз большой. Тошнота, рвота иногда появляются у больной в первые минуты по вприскиванию, еще в сидячем положении, чаще при переводе ее в горизонтальное положение и еще чаще при переводе в положение Тренделенбурга. Чаще дело ограничивается однократной рвотой, иногда же она повторяется несколько раз в течение операции. Эти осложнения мы встречаем при каждом из трех применявшихся нами алкалоидов и, пожалуй, с одинаковой частотой. Чаще эти осложнения мы имели при тех операциях, которые производятся в тренделенбурговском положении, и значительно реже при операциях, производимых в горизонтальном положении. Чем ниже вводился анестезирующий раствор, тем реже встречались эти осложнения. В большинстве случаев эти осложнения ничего страшного не представляют и не влекут за собой никаких более грозных явлений; всеми авторами рассматриваются они как проявление легкого токсического действия алкалоида на участки продолговатого мозга.

Гораздо более серьезное значение имеют изменения со стороны дыхания и пульса во время спинномозговой анестезии; изредка они достигают таких степеней, что принимают характер грозных явлений. По происхождению своему они являются более серьезным проявлением того же действия яда на продолговатый мозг, какое мы отмечали уже выше при объяснении рвоты и тошноты.

На 1477 операций падение пульса отмечено нами в 28 случаях и остановка дыхания в 5 случаях. В процентном отношении чаще всего мы имели эти осложнения при стоваине, реже при новокаине и еще реже при тропококаине, очевидно на том основании, что последний применялся главным образом при операциях на наружных половых органах и вводился на низких уровнях. Остановка дыхания в двух случаях носила кратковременный характер в течение одной-двух минут и проходила быстро после нескольких приемов искусственного дыхания. В одном случае остановка дыхания продолжалась в течение 20 минут, в одном случае — 40 минут и, наконец, в последнем случае — в течение 45 минут. Во всех случаях после непрерывно применявшегося в течение всего этого времени искусственного дыхания, в конце концов, дыхание восстанавливалось, и в дальнейшем все эти случаи закончились выздоровлением.

Падение пульса, отмеченное у 28 больных, чаще всего носило кратковременный характер и отмечалось обычно при переводе

больных из тренделенбурговского положения в горизонтальное. При введении раствора между третьим и четвертым поясничными позвонками и ниже таких осложнений мы не отмечали, все они зарегистрированы при введении раствора между первым и вторым позвонками, обычно при лапаротомиях и чаще всего тренделенбургских¹. Оба эти наиболее тяжелые из осложнений при спинномозговой анестезии обуславливаются воздействием введенного алкалоида на соответствующие центры продолговатого мозга. В монографии Юдина имеется подробный разбор этих осложнений с патолого-анатомической точки зрения и с указанием мнения наиболее авторитетных хирургов по этому вопросу. Из пяти наших случаев остановки дыхания, в трех случаях мы имели одновременно и падение пульса. В двух случаях остановка дыхания была отмечена при сохранении пульса, отчетливо прощупываемого все время. Особенно характерен последний случай, имевший место в конце 1926 года.

Больная Белова, оперированная по поводу двустороннего пиосальпинкса, при зашивании брюшной раны, после того как ее перевели из тренделенбурговского положения в горизонтальное, внезапно побледнела, дыхание остановилось, сознание исчезло. Пульс продолжал отчетливо прощупываться, хотя наполнение стало несколько хуже. Тотчас же было начато искусственное дыхание, под кожу дано 20,0 Ol. camphor. и 6 кубиков Sol. coffeini n.-benz. 10%. Через 20 минут сознание больной восстановилось, ее можно было заставить открыть глаза, повернуть голову, но дышать она сама все же не могла, причем лежала совершенно покойно, апатично, без всякого волнения. Если прекращали в это время искусственное дыхание, цианоз начинал нарастать, и так продолжалось в течение 45 минут. В конце этого срока больная сделала первый раз самостоятельный вдох, но затем дышала некоторое время только тогда, когда ее настойчиво просили об этом. Будучи предоставлена самой себе, она вновь переставала дышать. Прошло еще несколько минут, пока дыхание вполне не наладилось, и в дальнейшем никаких расстройств с этой стороны у нее не отмечалось. У разных авторов также отмечены случаи такого как бы изолированного или преимущественного воздействия анестезирующего вещества на дыхательный центр без резких изменений со стороны пульса. Чаще же всего остановка дыхания встречается в комбинации с падением пульса и носит в этом случае особенно грозный характер. Наибольшая часть этих осложнений при переводе больных из тренделенбурговского положения в горизонтальное объясняется внезапно наступающей при этом анемией мозга, вследствие чего мозговые центры оказываются еще более беззащитными перед токсическим воздействием на них анестезирующего вещества. Поэтому переводить больных из тренделенбурговского положения в горизонтальное нужно еще более осторожно, медленно и плавно, чем опускание головного конца вниз. В случаях падения пульса мы прибегали к инъекциям под кожу Ol. camphor. 20%, Sol. coffeini n.-benz. 10%, инъекциям стрихнина и пр. Bloch и Hertz предло-

жили в случаях грозных осложнений со стороны пульса и дыхания прибегать к интратуральным инъекциям кофеина, каковые и были испробованы многими хирургами с большим успехом. С целью предупредить или ослабить токсическое действие анестезирующего вещества на центр продолговатого мозга, многие хирурги вводят его вместе с кофеином. По их наблюдениям, в этом случае реже имеют место подобные тяжелые осложнения.

Что касается кровяного давления, то последнее, по материалам различных авторов, дает под влиянием спинномозговой анестезии довольно пеструю картину: в значительном проценте случаев — по данным отдельных хирургов оно падает, иногда наоборот — несколько повышается; а в некоторых случаях — остается без особых изменений. Однако большинство хирургов отмечают падение кровяного давления как наиболее характерный результат спинномозговой анестезии.

У нас д-ром Медведевой также производились наблюдения над кровяным давлением во время спинномозговой анестезии, причем полученные ею данные сводятся к следующему: в 70% обследованных ею больных кровяное давление падало спустя минут десять и даже раньше после введения раствора, и это падение держалось в течение всей операции. У тех больных этой группы, которые к концу операции начинали реагировать на боль, одновременно с этим отмечалось и начинающееся повышение кровяного давления. У некоторых больных этой группы кровяное давление в первые минуты по введении раствора несколько повышалось, но спустя 5—8 минут оно затем падало и все время держалось ниже цифр, полученных у них до операции. Обычно падение кровяного давления ограничивалось 15—20 мм ртутного столба и в отдельных случаях достигало 50 мм. У 20% больных кровяное давление повышалось после введения раствора и держалось повышенным в течение всей операции. В этой группе отмечается часто неполная анестезия во время операции, больные несколько реагируют на боль, волнуются, и может быть благодаря этому мы отчасти и имеем здесь повышение кровяного давления.

У остальных 10% больных кровяное давление не давало заметных изменений в течение операции.

Так как в подавляющем большинстве случаев кровяное давление при спинномозговой анестезии все-таки падает, и мы вперед не можем учесть величины этого падения, то отсюда вытекает необходимость с осторожностью применять этот вид обезболивания при таких болезнях, при которых и без того имеется понижение кровяного давления (например, внематочная беременность с острым внутренним кровотечением).

Кроме перечисленных осложнений, в трех случаях отмечалось через несколько минут после введения новокаина возбужденное состояние больной с наклонностью к буйству и затемнением сознания. В одном случае такое состояние держалось в течение трех суток после операции. Во всех трех случаях дело кончилось выздоровлением без каких бы то ни было последствий в дальнейшем.

Из последовательных осложнений спинномозговой анестезии необходимо отметить, как наиболее часто встречающиеся, головные боли, рвоту и параличи. Головную боль на 1477 операций мы отметили в 90 случаях, т.-е. в 6,1%; причем мы наблюдали ее при ставанине несколько чаще, чем при тропококаине и новокаине. Как и большинство хирургов, мы наблюдали два вида головных болей: иногда головная боль появляется в первые три-четыре дня после операции, нередко сопровождается рвотой и отличается упорством, мало поддаваясь обычным средствам, применяющимся в этих случаях. Чаще же наши больные принимались жаловаться на головные боли, когда начинали вставать. Эти поздние головные боли отличались особенной силой, держались, не ослабевая, в течение нескольких дней, иногда также сопровождалась рвотой, уменьшались при лежачем положении больной. Продолжительность головных болей бывает различна; чаще они держатся несколько дней и затем затихают; в единичных случаях они держались по неделе, очень беспокоили больных, задерживали их выписку, заставляя больных для уменьшения болей почти все время лежать в кровати. В таких особенно упорных случаях нередко мы наблюдали приступы рвоты при всякой попытке больной встать с кровати. Повышения температуры при таких поздних головных болях мы никогда не наблюдали, пульс в это время обычно бывал замедлен. Ранние головные боли, появляющиеся в первые дни послеоперационного периода, нередко сопровождалась на один-два дня повышением температуры до 37,5—38°. Замедление пульса отмечается обычно и в случаях ранних головных болей. Какой-либо зависимости головных болей от высоты введения раствора и тяжести операционной травмы мы не отмечаем. Головные боли появлялись и после непродолжительных и легких вмешательств, в то время как операции рака матки давали цифры этих осложнений более низкие, чем операции при других группах заболеваний.

Причиной этих головных болей большинство авторов склонно считать то раздражение мозговых оболочек, которое получается в результате введения в субарахноидальное пространство анестезирующих растворов, рассматривая эти головные боли как проявление или легкую картину менингизма. Тут может играть роль и само повреждение мозговых оболочек проколом, особенно при пользовании толстой и тупой иглой, и внесение туда минимальных следов иода и спирта, применяемых для дезинфекции кожи, и недостаточно надежная стерилизация вводимого раствора. Некоторые авторы (Бир, Герц и др.) думают, что чрезмерное вытекание спинномозговой жидкости после извлечения иглы можно поставить в связь с подобными осложнениями, причем наружного вытекания жидкости может при этом и не быть, а последняя может скопиться в рыхлой клетчатке над твердой мозговой оболочкой. Увеличение числа этих осложнений в годы войны и послевоенные, отмеченное почти всеми хирургами, ставят в связь с ухудшением самих препаратов, стекла, металла и пр., применяемых при изготовлении игл, шпри-

цов и посуды, а также придают значение в смысле учащения осложнений и условиям пережитых миром потрясений.

При лечении головных болей мы применяли обычные средства, рекомендуемые в таких случаях (пирамидон, кофеин и пр.), но облегчение от них было не велико и не производительно. Подкожные солевые вливания часто значительно облегчали, а иногда вполне обрывали головные боли. Особенный же эффект мы получали от укладывания больных с опущенным головным и приподнятым ножным концом кровати (Lundow). В таком положении больные оставались двое-трое суток до полного прекращения болей. Благотворное действие такого положения, по всей вероятности, стоит в связи с возникающим при этом изменением кровообращения внутри самого мозга и его оболочек. Некоторые хирурги в случаях упорных головных болей прибегали к пункциям, иногда и повторным, в субарахноидальное пространство с последующим выпуском некоторого количества жидкости, считая причиной головных болей повышенное давление внутри мозговых оболочек. Мы ни разу не прибегали к подобным пункциям. Наблюдения ряда хирургов установили, наоборот, в случаях упорных головных болей после спинномозговой анестезии, не только не повышенное, но даже резко пониженное давление жидкости в спинномозговом канале (Хоземан).

Послеоперационную рвоту мы наблюдали у наших больных в 61 случае. Обычно рвота держится в течение первых нескольких дней и затем проходит. Происхождение этой рвоты того же самого порядка, что и головные боли,—она является также следствием так называемого асептического менингизма. Жалобы больных на тошноту, не доходящую до рвоты, встречаются значительно чаще.

Параличи после спинномозговой анестезии мы наблюдали четыре раза: три раза парезы п. abducentis и один раз парез п. trochlearis.* Параличи отводящего нерва всегда развивались после выраженной картины менингизма с резкими головными болями, рвотой и пр. В одних случаях мы имели только диплопию, в других — выраженное косоглазие. Продолжительность этих явлений была различна: в одном случае они исчезли дней в десять, в двух случаях держались не меньше месяца и во всех случаях затем прошли без всякого следа. Одна из этих больных была неоднократно исследована врачом-офтальмологом, причем со стороны глазного дна никаких изменений отмечено не было. Развились эти параличи через несколько дней после операции довольно неожиданно. Параличей других черепных нервов мы не наблюдали ни разу. Причины параличей отводящего нерва еще не вполне выяснены; большинство авторов считает их результатом перехода воспалительного процесса с мозговых оболочек на самый нерв. Адам при объяснении этих параличей

* Парез п. trochlearis мы наблюдали и при общем наркозе у больной, оперированной в тренделенбургском положении. Эти парезы мы относим к ряду травматических от неправильного положения на операционном столе, подобно тому как такие же парезы наблюдаются и в плечевом сплетении при всяких видах наркоза. А. Орлов.

допускает мысль об эмболии или кровоизлиянии в области самого ядра нерва; другие же повреждения ядра [отводящего нерва] объясняют не действием самого анестезирующего вещества, а токсическим действием продуктов распада крови, которая в результате пункции изливается в полость оболочек. Поражение отводящего нерва большинство авторов объясняет анатомическим расположением нерва, который по своему выходе из борозды между пирамидой и Варолиевым мостом идет на значительном протяжении в непосредственном соприкосновении с мозговыми оболочками, окруженный спинномозговой жидкостью.

Из осложнений спинномозговой анестезии в послеоперационном периоде следует отметить еще расстройство мочеиспускания, которые чаще появляются с первого дня. В большинстве случаев задержка мочеиспускания бывает день-два, изредка она держится до недели. По частоте появления это осложнение уступает описанным выше менингеальным осложнениям в виде головных болей и рвоты. К тому же не всякая задержка мочеиспускания, которая наблюдается после операции со спинномозговой анестезией, должна быть поставлена на счет самой анестезии. Такую же задержку мочеиспускания мы нередко встречаем при операциях, произведенных под общим наркозом.* Это осложнение носит сравнительно невинный характер и не может, конечно, удержать от применения этого метода обезболивания. Никаких более или менее серьезных других расстройств мочеиспускания у наших больных мы ни разу не видели.

Ни разу не видели мы на своем материале и тех тяжелых расстройств со стороны спинного мозга, которые описаны Guibal'ем и др., в виде параплегий, острых гангренозных пролежней и пр., длительных расстройств функций пузыря и прямой кишки со всеми тяжелыми последствиями этого. Гнойный менингит, особенно пугающий многих хирургов и удерживающий их от применения спинномозговой анестезии, нами ни разу не встретился. Мы применяли люмбальную анестезию при латентной инфекции и при гнойных скоплениях без всяких неприятных осложнений и не разделяем опасений гнойного менингита в подобных случаях.

Покончив с осложнениями на почве спинномозговой анестезии, перейдем к смертным случаям на нашем материале и попытаемся выяснить, в какой степени повинна в них сама анестезия.

На 1477 операций—смертных случаев 81, т.-е. около 5,5%. (До 1919 года на 185 операций было 5 смертных случаев). Из этих 81 смертных случаев—31 падает на группу злокачественных новообразований матки. По этой группе смертность равна, примерно, 25% ввиду большого числа запущенных, пограничных с операбельными случаями, где приходилось прибегать и к резекции мочевого пузыря, пересадке мочеточников, перевязке подчревных сосудов и другим тяжелым вмешательствам, и неудивительно, что, наряду с благоприятными исходами, в подоб-

* Задержка мочеиспускания у наших больных наблюдалась одинаково часто как при спинномозговой анестезии, так и при общем наркозе, преимущественно у больных, которым делались инъекции морфия, почему за последние годы мы избегаем применять морфий перед операцией. А. Орлов.

ных случаях оперативных вмешательств эта группа дала и сравнительно высокую смертность. Если исключить эту группу, то общая смертность для всех других групп составит 3,7%, — цифра не может быть названа большой.

Все случаи смерти мы можем разделить на две группы. Первую группу составят 72 случая поздней смерти, не раньше четвертого дня, для объяснения которых имеются причины, стоящие в связи с операцией, но не зависящие от анестезии (перитонит, пневмония, раковая кахексия, эмболия легочной артерии и пр.). Подробно разбирать эти случаи я не буду, так как к теме это не относится. Вторая группа обнимает 9 случаев ранних смертей — в течение первых трех дней после операции; на них я несколько остановлюсь, чтобы выяснить в каждом отдельном случае, не сыграла ли известную роль в происхождении смерти и спинномозговая анестезия. Первый случай — больная с пионефрозом умерла к вечеру в день операции при явлениях слабости сердца. Истощенная, лихорадившая в течение долгого времени больная, с большими отеками на ногах и расширением сердца, имевшая до операции пульс 120—130, при операции иссечения почки получила люмбальную анестезию (раствор новокаина 5% — 3 кубика + адреналин). Кроме того, она получила еще 50,0 эфира, так как к концу операции начала реагировать на боль. Ввиду тяжелого состояния больной до операции, резких изменений со стороны пульса и сердца, вызванных самим заболеванием и тяжестью операционной травмы, и падение сердечной деятельности и последовавшую к концу первых суток после операции смерть нельзя, конечно, поставить на счет люмбальной анестезии, которая, в общем, в данном случае протекала сравнительно гладко.

Второй и третий случаи касаются больных, имевших запущенный рак шейки матки с инфильтрацией обоих параметриев, истощенных, бледных, кахектичных, которым была произведена радикальная операция по Вертгейм-Бумму с отсепаровкой обоих мочеточников, перевязкой в обоих случаях подчревных сосудов, проросших опухолью, и в одном случае с пересадкой обоих мочеточников в кишку и резекцией мочевого пузыря. Продолжительность операции — около трех часов. Люмбальная анестезия в одном случае новокаином, в другом — стоваином. По истечении двух часов в обоих случаях пришлось добавить общий наркоз, в одном случае хлороформ 20,0 и в другом — эфир 50,0. Тяжесть травмы, продолжительность операции и общее состояние больных до операции были таковы, что в обоих случаях этих причин совершенно достаточно для объяснения смерти больных в день операции. Спинномозговая анестезия протекала обычно, и, конечно, обе эти смерти связать с анестезией ни в коем случае нельзя.

Следующие два случая касаются больных внематочной беременностью, умерших к концу вторых суток после операции при явлениях нарастающего упадка деятельности сердца. Оба случая запущенной внематочной беременности с образованием заматочной кровяной и вокруг беременной трубы опухоли. В одном

случае удалены кровяная опухоль, правые придатки, часть левого яичника и аппендикс, во втором — кровяная опухоль, правые придатки, левая труба и аппендикс. В том и другом случаях был добавлен общий хлороформный наркоз (33,0 и 40,0) вскоре же по разрезе брюшной стенки ввиду беспокойства и волнения больных, напряжения живота и обширных расщеплений кишок: одна из больных — фельдшерица-морфинистка. Продолжительность операции до 1,5 часа. Спинномозговая анестезия никаких присущих ей осложнений не дала в обоих случаях, и если можно делать упрек методу обезболивания как одной из причин смерти, то этот упрек надо отнести к данному в обоих случаях хлороформу, губительно действующему на мышцы сердца, но не люмбальной анестезии, которая на мышцы сердца токсически не влияет.

Еще три случая касаются раковых больных с запущенным раком шейки и тела матки, с инфильтрацией параметрия, истощенных, кахектичных. Продолжительность операции во всех трех случаях около 2,5 часов. В одном из этих случаев, помимо экстирпации матки с придатками, была сделана резекция тазово-ободочной кишки, мочеочника с последующим вшиванием его в мочевой пузырь; в другом случае были метастазы в лимфатические железы подвздошной области, и в третьем — помимо инфильтрации параметриев — опухоль с обеих сторон прорастала подчревные сосуды, которые были перевязаны и пересечены для удаления опухоли параметриев. Все три операции закончились без добавления общего наркоза и протекали гладко. Смерть к концу первых суток во всех трех случаях объясняется тяжестью операционной травмы, произведенной на истощенных ослабленных раковым процессом больных, причем спинномозговая анестезия у этих больных, мне кажется, только и дала возможность закончить эти операции, в то время как при общем наркозе свыше 2,5 часов, по всей вероятности, больные остались бы на операционном столе.

Только спинномозговой анестезии надо приписать благоприятный исход других операций по поводу раковых заболеваний матки, в большинстве не менее тяжелых, чем вышеописанные.

Последний случай этой группы относится к больной, смерть которой надо поставить в прямую связь с люмбальной анестезией. Больная, 50 лет, оперировалась по поводу пролиферирующей сосочковой кистомы яичника. Была сделана люмбальная анестезия. Прокол удался со второго раза, причем вытекавшая каплями спинномозговая жидкость была окрашена кровью. Введено раств. стоваина 3⁰/₁₀ — 3 кубика с адреналином, в разведении до 6 см³, между первым и вторым поясничными позвонками. Через 5 минут после впрыскивания и через две минуты после того, как больную перевели из сидячего положения в горизонтальное, появилась рвота, а через 12 минут после впрыскивания и через 4 минуты после перевода больной в положение Тренделенбурга наступила внезапная бледность, падение пульса, затем остановка дыхания, остановка сердца и смерть, несмотря на инъекции камфоры, кофеина, стрихнина и искусственное дыхание. Этот случай — один из первых с применением для анесте-

зии стоваина, с которым технически в то время мы еще не освоились, и имеется налицо погрешность дозировки (введено 0,09 стоваина, тогда как максимальная доза его 0,07—0,08). Чрезвычайно тяжелую картину падения пульса и почти одновременную остановку дыхания, равно как и подобные случаи, опубликованные разными авторами, нужно поставить в связь с токсическим воздействием алкалоида на продолговатый мозг и одновременно на центры дыхания и сосудодвигательный. На вскрытии было найдено: расширение правого сердца, склероз миокардия, эндокардит митрального клапана, атероматоз и обызвествление интимы аорты. Кровоизлияние в спинномозговой канал.

Таким образом, на 1477 операций мы имели один смертный случай, стоящий в непосредственной связи со спинномозговой анестезией и от нее зависящий. Спинномозговая анестезия применялась нами на больных всех возрастов, начиная с 18 лет и кончая 80 годами. Пожилой возраст, таким образом, не служит противопоказанием для спинномозговой анестезии; некоторые хирурги ограничивают применение люмбальной анестезии в детском возрасте, считая, что ее не следует применять у больных до 16 лет. Мы, лично, собственного опыта в применении люмбальной анестезии в этом возрасте не имеем.

На сердечную мышцу люмбальная анестезия действия не оказывает, и заболевания ее не служат противопоказанием для этого вида обезболивания. На легкие этот вид анестезии непосредственного вредного действия по понятным причинам оказывать не может. Послеоперационные пневмонии мы имели при спинномозговой анестезии, так же как они встречаются и при местной анестезии, особенно при чревосечениях, в зависимости от самой операции, а не от метода обезболивания. На нашем материале мы имели 30 пневмоний, 36 бронхитов. Печень и почки остаются совершенно не затронутыми при люмбальной анестезии, как показали многочисленные исследования различных авторов (Münchmeyer, Michelson, Jonesco и др.), и в этом отношении она имеет явное преимущество перед хлороформным наркозом. Мы, лично, у своих больных, кроме следов белка у некоторых больных в течение первых суток после операции, ничего не отмечали. У больных с альбуминурией мы не отмечали усиления последней после спинномозговой анестезии. На основании вышеизложенного мы можем сделать следующие выводы:

1. Главное условие для успешного применения спинномозговой анестезии — точная техника в выборе места прокола, дозировка и надлежащий удельный вес раствора.

2. В 80% операция заканчивается без добавления общего наркоза, и в 20% приходится прибавлять этот последний в количестве значительно меньшем, чем при одном общем наркозе.

3. В громадном большинстве случаев обезболивание полное, анестезия глубокая, расслабление брюшных мышц при чревосечениях такое, какое редко удается получить при глубоком общем наркозе.

4. Длительность анестезии при введении принятых нами доз алкалоида с прибавлением адреналина позволяет заканчивать

без добавления общего наркоза операции продолжительностью свыше 2 часов.

5. Тренделенбурговское положение оперируемых не противопоказует применения люмбальной анестезии.

6. Люмбальная анестезия позволяет не спешить с операцией, не отвлекает внимания хирурга на течение наркоза, избавляет от необходимости иметь опытного наркотизатора, так как выполняется самим хирургом до начала операции.

7. Тяжелые осложнения во время операции редки, угрожающие жизни осложнения исключительно редки при введении раствора на невысоких уровнях.

8. Явления асептического менингизма в послеоперационном периоде не носят массового характера.

9. Заболевания сердца, легких, печени и почек, старческий возраст не противопоказывают применения спинномозговой анестезии.

10. Смертные случаи во время анестезии зависят от токсического действия раствора алкалоида на бульбарные центры дыхательные и сосудодвигательные, в результате неправильной техники.

11. При заболеваниях с пониженным кровяным давлением необходима осторожность в применении спинномозговой анестезии.

12. Для гинекологических операций спинномозговая анестезия может быть методом выбора.

В заключение приношу глубокую благодарность уважаемому д-ру А. Н. Орлову за руководство и указания при выполнении настоящей работы.

*Aus der Gynäkologischen Abteilung
des Gouvernements Krankenhauses in Wologda
(Vorstehender Dr. A. N. Orlov)*

Klinische Beobachtungen der Rückenmarkanaesthesie bei gynäkologischen Operationen

Dr. N. N. Rukin

Rückenmarkanaesthesie gibt in meisten Fällen eine Unschmerzhaftigkeit, welche bei entsprechenden Dosen von Novokain mit Zusatz von Adrenalin mehr als zwei Stunden dauert. Die Trendelenburgsche Lage der Operierten erlaubt die Anwendung der Lumbalanaesthesie. Die letzte lenkt nicht die Aufmerksamkeit des Chirurgen auf den Lauf der Narkose ab und erlaubt ihm mit der Operation nicht zu eilen. Eine Einführung der Lösung in den Zwischenraum des ersten Lumbalsegments gibt die Möglichkeit zu operieren, wie in der unteren, so auch in der oberen Bauchfellhöhle und erzeugt keine schwere Complication.

Erscheinungen des aseptischen Meningismus werden selten beobachtet und verfließen in leichter Form. Die Herz-, Lungen-, Leber- und Nierenkrankungen, sowie auch hoher Alter verhindern nicht die Anwendung von Rückenmarkanaesthesie. Dagegen, bei Erkrankungen mit einer Blutrücksinkung darf die Rückenmarkanaesthesie nicht angewendet werden.

Bei den gynäkologischen Operationen erscheint die Rückenmarkanaesthesie als Auswahlmethode.

ТРИ ЛИТОПЕДИОНА

Д-р В. В. Рождественский

Оправданием для появления настоящего сообщения—о трех случаях внематочной беременности с исходом в окаменелый плод—служит нижеследующее соображение:

Чем больше накопится в медицинской литературе наблюдений над внематочной беременностью, особенно если такие наблюдения или случаи чем-либо оригинальны, тем скорее и полнее будут исчерпаны многие недоуменные вопросы, связанные с возникновением, течением и исходами внематочной беременности, существующие и в настоящее время, несмотря на обилие наблюдений и опубликованного материала в этом направлении.

Если в старину случаи внематочной беременности расценивались просто, как „*Naturae curiosum*“, то современное стройное учение об эктопической беременности обязано несколькими тысячам опубликованных наблюдений, сделанных отдельными учреждениями и лицами.

За период времени с 1915 по 1924 год, т.-е. всего за 9 лет, в музей Вологодской губернской больницы поступили три препарата окаменелых плодов, добытых оперативным путем у женщин, имевших внематочную беременность. При этом два из них поступили из гинекологического отделения Вологодской губ. больницы и один—из Кадниковской уездной больницы Вологодской же губернии.

В кратком изложении обстоятельства получения этих препаратов следующие:

I. 1915 года 11 мая в гинекологическое отделение Вологодской губ. больницы поступила (журнал № 185) крестьянка Кузванова А. С. 31 года, зырянка, неграмотная, из Устьысольского уезда Вологодской губ., с жалобами на наличие в животе опухоли.

Анамнез. Родители живы, в семье 11 человек; 6 умерло. Из них один умер взрослым от болезни легких. Ничем ранее не хворала. Регулы стали приходить с 17 лет, установились сразу через 4 недели по 7 дней сильные, безболезненные. Вышла замуж 17 лет. После замужества регулы не изменились. Последних регул не помнит, предполагает, что были в конце марта. Было 4 беременности и 4 срочных родов. Последние—7 лет назад. Во время беременностей не хворала, после родов—тоже, роды были нормальные. Детей кормила грудью до полугода. Около 2,5 лет замечает опухоль внизу живота. Кровотечениями не страдала. До этого времени наблюдалась задержка кровей около двух месяцев, затем—внезапные боли в животе и кратковременное выделение кровей (около недели) в небольшом количестве. Была рвота. Кровотечение прекрати-

лось и снова — задержка кровей на три месяца. За это время чувствовала временами движения в брюшной полости, вскоре прекратившиеся. Тупые боли в животе продолжали держаться, временами давая обострения. Через 5 месяцев стали приходить регулы, хотя с неправильными промежутками — через 2—3 месяца.

Объективное исследование больной. Рост 150 см, вес 123 ф., питание среднее. Костный скелет нормальный, мышечная система и подкожный жировой слой среднего развития. Кожа и слизистые нормальны. Границы сердца в норме, тоны глухие. Органы дыхания, пищеварения, дефекация, мочеиспускание в норме. Моча соломенно-желтого цвета, кислой реакции, уд. вес — 1012, белка нет. Нервная система в норме.

Местное исследование: А. Наружное. В нижнем отделе живота прощупывается плотная бугристая опухоль с довольно ограниченной подвижностью, доходящая верхней границей выше пупка на 1—2 пальца. — Б. Внутреннее исследование. Небольшая матка предлежит вперед. В заднем своде прощупывается плотный сегмент опухоли матки в виде бугристой опухоли с ограниченной подвижностью. Придатки изменений не представляют.

Диагноз: *Graviditas ectopica* 6 мес.

Операция 18 мая 1915 года. Оперировал доктор А. Н. Орлов. Наркоз — гедонал. Разрез по средней линии от лобка выше пупка на 3 см. Между петлями кишок обнаружен мертвый с отложениями извести плод, повидимому 6—7 месяцев. Плод покрыт приращенным сальником. Спинка плода изогнута, головка обращена влево. Ножки согнуты. В правом боку детское место. Правая труба припаяна к детскому месту. Левая труба в сращениях с утолщениями на ее протяжении. Левый яичник кистовидно перерожден. Аппендикс нормальный.

Диагноз анатомический: *Graviditas ectopica VI m. Lithopaedion Peritonitis adhaes. Salpingitis sin. Degeneratio ovariorum cystica*. Название операции: *Laparofoetectomy*. Разделение сращений. Резекция большого сальника. Иссечение плода. Иссечение правых придатков и левой трубы. Резекция левого яичника.

Послеоперационное течение — гладкое. Больная выписалась из больницы здоровой 5 июня.

II. 1918 года 5 января в гинекологическое отделение Вологодской губ. больницы поступила с жалобами на сильные бели и язву малой половой губы гражданка Александрова Евдокия Васильевна, 49 лет, русская, крестьянка Вологодской губ., Кадниковского уезда, Двиницкой волости, дер. Княжево.

Анамнез. Из 8 чел. семьи жива одна. Замужем 19 лет. 15 лет назад были язвы на верхних и нижних конечностях. Первые регулы с 18 лет установились сразу. Тип регул: через 4 недели по 5—6 дней, средние, без болей. Последняя менструация была 2 месяца назад. Половые сношения с 19 лет. Было 6 срочных родов и один выкидыш. Последние роды 9 лет назад, выкидыш 5 лет назад. При последней беременности был отек ног. Течение родов и послеродовые периоды были нормальны. Детей сама кормила грудью до 1—1,5 года. Около месяца появилась язва на левой малой половой губе, малоболлезненная. Бели около двух лет, сильные. Пять лет назад после двухнедельного задержания регул было кровотечение и боли в животе, которые прекратились без лечения. Мочеиспускание и стул правильные. 15 лет назад лечилась уколами, пила микстуру.

Объективное исследование. Общее. Рост выше среднего, вес 113 ф. Питание очень ослаблено. Костный скелет правильный, мышцы дряблые. Подкожный жировой слой очень слабый, Кожа бледная, слизистые очень бледные. Пульс 88, правильный, среднего наполнения и высоты. Артерии мягки. Границы

сердца перкуторно нормальны, тоны чистые. Органы дыхания нормальны. Давнишние боли под ложечкой. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, кислой реакции, уд. вес — 1012, белка нет. Нервная система нормальна.

Местное исследование: А. Наружное. На нижней трети левой малой губы глубокая язва с подрывными краями, дно ее покрыто грязным налетом, величина 4×2 см. Ткани у основания язвы плотны, инфильтрированы. Левая большая губа припухла, кожа ее красна. Паховые железы слева увеличены, плотны, величиной с лесные орехи. На обоих бедрах и на лице имеются старые поверхностные рубцы от язв.—Б. Внутреннее исследование. Per vaginam: влагалищная порция нормальной величины, обращена вправо и кзади. Матка в целом смещена вправо, наклонена кзади, тело ее нормальной величины, плотной консистенции, кпереди не выводится. С левой стороны матки две очень твердые опухоли, каждая в отдельности ясно контурируется. Опухоль в заднем левом своде шарообразной формы с мандарин величиной, слегка подвижна, малоболезненна, очень плотна. В левом переднем своде, выше первой опухоли, протупывается вторая продолговатая опухоль, ясно бугристая, очень твердой консистенции с ограниченной подвижностью, малоболезненна, величиной своим длинником около 8—10 см, толщиной в 2—3 см.

Диагноз: Graviditas ectopica.

Операция и описание препарата. 14 января 1918 года оперировал доктор А. Н. Орлов. Наркоз—эфир. Чревосечение в положении по Тренделенбургу по средней линии длиной 16 см. В переднем дугласе и левой половине заднего—приращения сальника. Иссечен литопедион с левым рогом и левыми придатками. Обызвестленный плод длиной около 10 см, голова в известковых наложениях, с небольшое крымское яблоко. Левая труба нормальна в 10,5 см длиной, левый яичник бугристый, склеротично изменен с кровоизлиянием в желтое тело. Труба и яичник отходят от левого недоразвитого рога матки, который отходит от левой стороны матки на 3 см ниже соответственной правой стороны. Рог начинается в виде мясистого шнура толщиной в мизинец, в 7,5 см длиной. На расстоянии 2 см от угла матки шнур переходит в полый мясистый орган в 5 см длиной и в 4 см шириной. На конце этой мясистой части имеется шаровидная опухоль величиной с яблоко и как бы вырастает из рога матки. Как литопедион, так и эта мясистая часть покрыты сращениями сальника. Между складками сращений и сальником имеется серозная киста с куриное яйцо. Правая половина матки нормальная. Аппендикс, желчный пузырь, желудок нормальны.

Послеоперационное течение без осложнений. 22 января сняты швы. 18 февраля больная выписалась. Язва на половой губе зажила.

III. 1924 года 9 июня в Кадниковскую уездную больницу поступила с жалобами на наличие опухоли в животе и на запоры гражданка Долинова А. С., 65 лет, русская, крестьянка Вологодской губ., Кадниковского уезда, Двиницкой вол., деревни Вязовое, неграмотная, замужняя.

Анамнез. По вопросам наследственности ничего не может сказать. 12 лет назад болела тифом. Первые регулы пришли на 18 году, бывали потом через месяц, по 7 дней, обильные. Замуж вышла 21 года. После замужества регулы были такие же. Половые сношения безболезненны. Была два раза беременной, и было двое срочных родов. Преждевременных родов и выкидышей не было. Беременности протекали правильно, послеродовых болезней не было. Сама кормила детей грудью. Последние менструации были на 40 году жизни. Последние роды были 41 год назад, когда ей было 24 года.

Давно ли больна и на что жалуется? 28 лет тому назад Долинова забеременела в последний раз. Тогда ей было 37 лет. Беременность шла нормально, она чувствовала себя хорошо. Прошла уже половина беременности, ребенок был живой, шевелился. Затем что-то случилось. Живот перестал увеличиваться, движения плода исчезли. Так продолжалось до предполагавшегося срока родов. За давностью времени подробностей не помнит, но хорошо помнит, что под осень внезапно почувствовала себя худо, два дня была при смерти, шли крови из влагалища, схватывало живот. Приехавшие доктор Н. Е. Ордин и акушерка нашли у нее внематочную беременность и советовали ехать в г. Вологду. Но она через два дня почувствовала себя лучше, встала с постели. После этого у ней часто болел живот, его раздувало, но вскоре же боли проходили. Крови шли однако целый год, не переставая, а потом приостановились месяца на три. Появлялись еще несколько раз через 1,5—3 месяца и совсем прекратились на 40 или 41 году жизни. Через два года после описанного случая ездила в г. Вологду (за 60 верст) к доктору Ульриху. Он тоже нашел у ней внематочную беременность и предлагал свезти ее в Москву для операции. Она не согласилась. Занималась потом все время сельским хозяйством, чувствуя себя хорошо. Лет двадцать тому назад, т.-е. когда ей было уже 45 лет, она ездила ненадолго в Петербург, где ее муж в течение трех лет был дворником. Там она показывалась докторам в какой-то больнице около Сампсониевского моста. Опять у ней нашли внематочную беременность и опять предлагали операцию. Но больная не согласилась, вскоре же уехала из Петербурга и все остальное время—20 лет—жила в деревне. За это время изредка болел живот, но не подолгу. С осени прошлого года боли в животе усилились, аппетит стал хуже, появились запоры, и она стала заметно худеть. С полгода пошли крови из влагалища небольшие. Запоры усилились, испражняется с трудом после клизмы раз в неделю. Двое детей жили недолго. Отчего умерли, не помнит. Муж жив, венерическими болезнями не страдал. Решившись ехать в Кадников (за 20 верст), она полагала, что ей опять посоветуют ехать в Москву или Питер. А так как средств у ней на такую поездку не было, то она и муж уговорились скрыть в Кадникове невероятную беременность. Однако, когда ехала в Кадников, она в душе была уже согласна на операцию и говорила мужу: „Если умру, пусть посмотрят, что в животе“.

Обман ее удался. Записанный выше анамнез собран уже после операции. До операции больная говорила, что в животе у ней растет какая-то опухоль 20 лет. Насчет внематочной беремен-

ности не обмолвилась ни словом. Таким образом операция была предпринята с целью удаления опухоли матки или придатков — быть может с раковым перерождением.

Мочепускание нормально. Запоры по неделям. До больницы лечилась только слабительными и клизмами.

Объективное исследование. Общее. Костный скелет развит правильно. мышечная система старчески атрофирована. Подкожный жировой слой почти отсутствует. Кожа бледножелтого цвета, сухая, дряблая. Слизистые бледны. Видимый склероз височных, лучевых артерий, пульс 90, слабого наполнения, без перебоев. Тоны сердца глухи, шумов нет. Органы дыхания в норме. Язык немного обложен беловатым налетом. Живот дряблый, впалый. Заметна перистальтика кишок. Задержки мочи нет, болей нет. Больная раздражительная, рефлексy не повышены.

Местное исследование: А. Наружное. При дряблых стенках живота ясно выступает опухолевидная масса, расположенная в нижней половине живота, начиная с пупка и до таза. С боков эта масса больше прилежит к левой стороне. Между верхне-передней остью подвздошной кости и опухолевидной массой расстояние от 5 см слева и до 10 см справа. Внизу живота у лонного сочленения она сходит на-нет. Полость таза свободна. На ощупь опухоль очень твердая, местами бугристая, смещается в небольших пределах направо и налево, но болезненна при сильной пальпации. — Б. Внутреннее исследование. Влагалищная порция конической формы, атрофирована. Своды свободны, палец с трудом доходит до опухоли через задний свод, причем оказывается, что дно матки непосредственно переходит в опухоль. Придатки не прощупываются. Сама матка удлинненная, но не увеличена. Из цервикального канала выделяется небольшое количество темной крови и слизи.

Операция 19 июня 1926 года. Наркоз — Хлороформ. За час до операции введен подкожно 1,0 однопроцентного раствора морфия. Больной придано положение по Тренделенбургу, разрез по средней линии живота, отступая на 4 см выше лобка, влево от пупка и выше него тоже на 4 см. По вскрытии живота оттеснить кишечник кверху сразу не удалось, так как, во-первых, опухолевидная масса оказалась отчасти сросшейся с передней стенкой живота при посредстве воспалительных спаек, во-вторых, кишечные петли с помощью таких же воспалительных спаек так плотно окружают опухолевидную массу спереди и с боков, что пришлось прежде всего высвободить ее от спаек и кишечных петель. Сделать это удалось тупым путем после небольших надразов спаек. Топография кишечника оказалась значительно измененной против нормы, так: тазово-ободочная кишка оказалась растянутой и идущей поперек живота справа налево, прямая кишка оттеснена в правую сторону, сальник и петли тонких кишок в значительной своей части припаяны к дну и верхней стороне опухоли. По отделении спаек и кишечных петель опухоль оказалась свободной со всех сторон, исключая прикреплений ее к дну матки и придаткам. Дальнейший ход операции шел по типу надвлагалищной ампутации матки. По удалении опухолевидной массы вместе с придатками (слева) и маткой рана зашита наглухо.

Операция продолжалась $2\frac{1}{4}$ часа, хлороформа потребовалось 80,0. Больная перенесла операцию в общем удовлетворительно. Оперировал врач В. В. Рождественский с помощью врачей М. А. Лепихина и А. В. Богоявленского.

Препарат. После операции приступлено к рассмотрению извлеченной опухолевидной массы. Ножик оказался не в состоянии даже надрезать поверхностный слой извлеченной массы. Пришлось пустить в ход долото и молоток. Вся масса весом в 6,5 фунтов, величиной с голову взрослого человека, на поверхности беловато-желтого цвета, бугристая, местами шероховатая, местами как бы полированная. По рассечении поверхностного слоя долотом (неодинаковой толщины: от нескольких миллиметров до 0,5 см) оказалось, что внутри окаменелой оболочки, как в скорлупе, находится мумифицированный, сильно стиснутый со всех сторон, плод мужского пола в возрасте 5—6 месяцев. Все части плода и пуповина хорошо сохранились за исключением лица, которое от 28-летнего сдавливания согнутыми ручками приняло плоскую форму с едва различимыми деталями: нос еле заметен, глазные впадины плоские. Не лишено интереса то обстоятельство, что черепные кости плода надвинуты одна на другую, как будто плод проходил через узкие родовые пути. Очевидно плод раньше был больших размеров, но впоследствии ему пришлось под давлением окружающих его плотных оболочек сжаться.

Послеоперационный период протекал без особенных осложнений, с нормальной температурой. 5 июля сняты швы. Первичное натяжение. 10 июля выписана из больницы.

Каждый из описанных трех случаев представляет собой в широком смысле слова „внематочную беременность с исходом в окаменелый плод“.

По удержавшейся до сих пор старинной классификации Кюхенмейстера (Küchenmeister) первый и второй случаи относятся к разряду „истинных литопедионов“, третий случай — к разряду „lithokelyraedion“. Последний, в отличие от первых двух, помещавшихся в животе женщин относительно свободно, окружен со всех сторон обызвестившимися плодными оболочками, и сам мумифицированный плод находится в тесных, трудно отделимых сращениях с внутренней поверхностью окаменевших плодных оболочек.

До 1881 года, когда Кюхенмейстер впервые собрал из всемирной литературы все известные до того времени случаи окаменелых плодов, не было никакой классификации этих находок. Кроме того, описания таких находок были настолько редки, что ему удалось собрать всего лишь 70 с небольшим случаев. Зато некоторые из этих случаев и до сих пор могут считаться классическими. Им упоминаются находки окаменелых плодов, пробывших в животе матери в течение от 30 до 57 лет. * Насколько все-таки такие находки считались исключительными редкостями,

* Реальная Энциклопедия Мед. Наук проф. А. Eulenburg'a. М. И. Афанасьев — том II, стр. 149.

можно судить по тому, что им присвоили названия или по месту, где такой препарат находится, или по фамилии лица, сделавшего такую находку. Так упоминаются окаменелые плоды Troyes'a, Varnier и Mungin'a, Leopold'a Galli, Лондонский литопедион, Кюхенмейстера и пр.

С тех пор благодаря развитию и успехам оперативной техники число наблюдений над исходами внематочной беременности колоссально возросло. Если до конца прошлого столетия случаи внематочной беременности наблюдались единицами и десятками, то за последние с небольшим 20 лет их насчитывают уже сотнями и тысячами.

Хотя внематочно-беременные женщины теперь нередкие стационарные больные гинекологических отделений больниц и гинекологических клиник, тем не менее исходы этих эктопических беременностей в окаменелый плод и сейчас продолжают быть редкостями.

О. А. Ашкенази, демонстрируя в заседании Акушерско-гинекологического общества в Петрограде 8 мая 1914 года свой препарат окаменелого плода, говорит, что „в русской литературе мы имеем очень немного описаний случаев окаменелых плодов. В нашем Обществе,— прибавляет он,— насколько мне известно, препараты, подобные нашему, демонстрированы не были“. Л. А. Кривский по поводу этой демонстрации говорит в том же заседании Общества: „Нахождение окаменелых плодов представляется действительно довольно редким, и проходят годы при большом числе чревосечений, пока приходится встретиться с подобным явлением“.

По статистике Strass'a за период 1880—1900 гг. было накоплено всего 126 наблюдений окаменелых плодов. Из них было lithokelyphos 11 случаев и lithokelyphospaedion—6.

Что касается окаменелого плода при беременности в зачаточном роге (случай II), то это исключительный случай среди редкостей.

Оперативные наблюдения над беременностью в недоразвитом роге матки рассеяны в разных журналах по гинекологии и встречаются единицами. В „Журнале акушерства и женских болезней“ за 1914 год имеется статистика таких случаев, собранная врачом Е. Г. Щербиной. По этой статье впервые беременность в зачаточном роге описана Mauriceau и Vassall'ем в 1669 году.

Вполне точно установлена такая беременность Stolz'ом в 1832 году. По сборным статистикам: Werth'a в 1904 году, Бекмана в 1911 году и Щербины—в 1914 году всех наблюдений насчитывается за 250 лет всего 150 случаев.

Исключительная редкость наблюдений над окаменелыми плодами, выясненная скромными цифрами их статистик, есть единственный повод и оправдание для настоящего сообщения.

* „Журнал акушерства и женских болезней“ 1914 г., стр. 1312.

*Aus dem Bezirkskrankenhaus Nördlichen Gebiets in Kadnikov
(Vorstehender Dr. V. V. Rozhdestvensky)*

Drei Fälle von Lithopädion

Dr. V. V. Rozhdestvensky.

Verfasser beschreibt drei operierten Fälle von Lithopädion. Zwei von ihnen sind bemerkenswert. Der erste lenkt die Aufmerksamkeit auf sich durch lange Dauer seines Aufenthalts, mehr als 28 Jahre, in der Bauchhöhle, und der zweite — durch ausschließliche Seltenheit einer Lithopädionsbildung im rudimentären Uterushorne.

О ТУБЕРКУЛЕЗЕ ГРУДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Д-р К. Н. Михайлов

Причиной, побудившей нас остановиться на рассмотрении вопроса о туберкулезе грудных желез, является редкость этого заболевания и, главное, желание показать, насколько ценным в данном случае является метод микроскопической диагностики, без применения какой-либо большей части случаев бугорчатки молочных желез остается нераспознанным и сходит за различные другие заболевания, к числу коих относится главным образом рак. Действительно, если обратиться к статистике случаев поражения туберкулезом грудных желез, то мы увидим, что молочная железа относится к числу органов, редко поражаемых туберкулезом. Например, в клинике проф. Дьяконова (по Хесину) встретилось только два случая первичной бугорчатки молочной железы. Проф. Тихов говорит, что ему удалось только один раз оперировать по поводу туберкулеза молочной железы. У него же мы находим сведения, что в иностранной литературе отмечено всего 253 случая, а в русской — 12 случаев туберкулеза молочной железы (собранные Капланом). Литература по затронутому нами вопросу чрезвычайно бедна; просматривая классические руководства по хирургии и патологической анатомии, мы встречаем в большинстве из них всего несколько строк, в которых лаконически упоминается о бугорчатом поражении молочных желез, а в некоторых и совсем ничего не говорится по этому вопросу; что касается оригинальных статей и работ, то они единичны.

Отсюда и понятно наше желание описать это редкое заболевание на основании встретившихся в нашей работе случаев, так как мы считаем, что, ввиду редкости туберкулезных поражений грудных желез, сообщение казуистических случаев до сих пор представляет известную ценность.

Всюду отмечается, что туберкулез грудных желез чаще встречается у женщин и после наступления половой зрелости, большей частью рожавших и кормивших, и только в исключительных случаях у мужчин. Например, по Каплану, на 265 случаев указанного заболевания только в 12 дело шло о мужчинах, и на 12 случаев, описанных в русской литературе, только в одном случае был мужчина.

Страдание чаще одностороннее. Большая частота поражения падает на правую молочную железу, что подмечено и в отношении обыкновенного мастита. В шести недавно опубликованных

Хауфманом (Kaufmann) случаях возраст был 40, 45, 47, 50, 57 и 68 лет. Насколько редко встречается туберкулезное поражение грудной железы по сравнению с другими формами ее заболеваний, видно из приводимых Скоттом (Scott) за 14 лет данных. Из 1830 случаев заболеваний грудной железы на долю туберкулеза приходится только 24, на долю злокачественных новообразований — 1051 (со включением 243 рецидивов), и остальные относятся к группам абсцессов, хронических маститов, доброкачественных опухолей и простых кист; таким образом мы можем выразить частоту туберкулеза грудных желез в 1,5%, а отношение его к злокачественным опухолям — как 1 : 40.

Новейшие работы по этому вопросу доказывают редкость заболевания. Так, Брендль (Braendle) в 1906 году сообщил всего 18 случаев, наблюдавшихся в тюбингенской клинике за 25 с лишком лет. Шлей (Schley) в 1903 году собрал из литературы всего 65 достоверных случаев туберкулеза грудных желез. У старых авторов сведения о туберкулезе грудных желез очень скудны. В 1836 году Эстлей Купер (Astley Cooper) впервые отметил особое поражение грудной железы, которое он назвал „Scrophular tumors of the breast“. Далее о нескольких случаях сообщили Вельпо (Velpeau) и Бильрот (Billroth), но все эти наблюдения ограничивались макроскопическими данными и не отличались убедительностью, так что Корниль (Cornil) и Ранвье (Ranvier), а также Вирхов (Virchow) в своих руководствах причисляли грудную железу к органам невосприимчивым к туберкулезу (например, пищевод, желудок, мускулатура). Лишь за последние три десятилетия благодаря работам (Dubare, Ohnacker, Marschand, Mondry, Bender, Roux) туберкулез грудных желез стал настолько известен, что мог быть представлен в довольно округленной клинической картине и особой патологической форме, хотя описания его до сих пор не вполне совпадают с тем, что бывает видно в железе. Дюбар в 1881 году первый специально занялся этим вопросом и в своей диссертации положил основание дальнейшему его изучению. Он попытался строго отграничить туберкулез грудных желез как обособленную патолого-анатомическую форму на основании микроскопических исследований. Далее Онакер в 1882 году впервые применил прививку туберкулезного гноя из грудной железы животному с положительным результатом. Ортман (Orthmann) в 1885 году первый получил туберкулезные палочки Коха в срезах из случая туберкулеза грудной железы. Мондри в 1891 году на основании микроскопических исследований, которые он считает *conditio sine qua non* для постановки правильного диагноза, выделил 28 случаев из 40 опубликованных в литературе туберкулеза грудных желез.

Туберкулезная инфекция может проникать в грудную железу и распространяться в ней четырьмя путями: 1) непосредственно из внешнего мира; 2) передача инфекции в грудную железу из другого бугорчатого фокуса через лимфатические пути; 3) через кровеносные сосуды и 4) *per continuitatem*.

Возможность непосредственного заражения грудной железы туберкулезом доказана многими экспериментальными и клини-

ческими данными, инфекция проникает через выводные протоки, сообщающиеся с внешним миром. Источником заражения чаще всего служит ротовая полость обычно грудного младенца, могущая содержать туберкулезные палочки, вследствие заражения соском или коровьим молоком от больных туберкулезом животных при смешанном кормлении.

По лимфатическим путям туберкулезная инфекция попадает в грудную железу, чаще всего из пораженных туберкулезом подмышечных желез, так как вследствие наличия многих анастомозов при поражении главных стволов быстро развиваются коллатерали, и возникает ретроградный ток лимфы.

Третий путь инфекции — гематогенный — нужно считать наиболее частым в происхождении туберкулеза грудной железы, при этом туберкулезный очаг в организме может быть явным или скрытым. Наличие туберкулезных палочек в крови и переход их через капилляры в железистые органы неоднократно доказывалось исследованиями на трупах и экспериментами на животных. Вместе с грудной железой поражения других органов встречаются на 90 случаев 46 раз, т.е. в половине всех случаев. Чаще всего туберкулезу грудной железы предшествуют или сопровождают его различные формы туберкулезных лимфаденитов (шейных и подмышечных желез), реже — изменения в легких и плевре, и единично встречаются случаи поражения костей.

Четвертый путь распространения туберкулезного процесса на грудную железу — переход с соседних частей, чаще всего — ребер и грудины. Обычно имеется небольшой некротический фокус в кости, откуда гной прокладывает себе дорогу к периферии в виде узкого свищевого хода, проникающего в толщу грудной железы; подобного рода связь обнаруживается чаще всего при операции и до нее остается незаметной.

В смысле частоты поражения туберкулезом грудной железы на первом месте следует поставить гематогенный путь проникновения; затем следует переход с соседних органов, реже — заражение путем лимфогенной ретроградной инфекции, и, наконец, самой редкой следует признать инфекцию через выводные протоки.

Макроскопически вид грудной железы может быть различным. По большей части возникает подострый или хронический воспалительный процесс (как наблюдал Кауфман) у кормящей женщины, и появляются единичные или рассеянные мягкие, стекловидные, серо-желтые туберкулезные грануляционные очаги с казеозным перерождением и гнойным размягчением, а также фиброзные очаги индурации, которые могут быть пронизаны грануляционными и творожистыми узлами, творожисто-гнойными фокусами (холодные абсцессы) и фистулезными ходами. Иногда также можно видеть желто-белые тяжи, соответствующие наполненным казеозными массами протокам железы. Часто железа сморщивается и может быть местами кистозно перерождена и иногда сопровождается открывающимися снаружы фистулами. Также можно бывает видеть множественные вскрывшиеся на

поверхность язвы (клинически протекающие хронически-стационарно) с фиолетовыми, нависающими (подрывными) краями, пронизанными миллиарными узелками с бледнокрасным или желтоватым творожистым дном. По Кауфману можно различить три формы туберкулеза грудных желез: а) язвенную, б) в виде одиночного холодного интрамаммарного абсцесса или ложной кисты, в) в виде опухолеподобной диффузной склерозирующей или скиррозной формы (эту форму легко смешать с раком), при которой происходит образование туберкулезной грануляционной ткани в ближайшей окружности долек и выводных протоков; впервые эта форма бугорчатки грудной железы была выделена в 1905 году Скоттом на основании 27 случаев, наблюдавшихся в больнице св. Бартоломея в Лондоне. Обильное развитие соединительной ткани придает процессу полное сходство со скиррозным раком, так что диагностически эти случаи особенно интересны и в то же время затруднительны, так как даже при операции нельзя решить, с чем имеешь дело, и лишь микроскоп может дать определенный ответ. По этому поводу Скотт приводит выдержки из историй болезни, указывающие на полную аналогию (макроскопически) склерозирующей формы туберкулеза грудной железы и скирра, а именно: опухоль тверда, как скирр, на разрезе фиброзного вида, хрустит под ножом, серовато-желтого цвета, не содержит ни гноя, ни творожистых масс, напоминает злокачественное новообразование.

Большинством авторов вместо язвенной формы (выделяемой Кауфманом) признается так называемая рассеянно-сливающаяся форма, к которой относится большинство описанных до сего времени случаев, и потому такая форма должна быть признана наиболее часто встречающейся. Вторую форму (одиночный абсцесс) можно было бы рассматривать как окончательную стадию первой формы, где рассеянные по всей грудной железе гнезда слились постепенно между собою, и распад ткани дал столь характерное содержимое холодного абсцесса. Но ввиду того, что периферические туберкулезные узлы прорываются большей частью прежде, чем может произойти слияние разбросанных по железе казеозных очагов, то, повидимому, требуются особые условия, благоприятствующие образованию объемистой полости, нацело выполненной гноем и довольно резко отграниченной от окружающих частей. Эти своеобразные свойства позволяют выделить одиночный интрамаммарный абсцесс как особую, далеко не частую форму туберкулеза грудной железы.

Микроскопическая картина при разных формах туберкулеза грудной железы также представляется различной. При холодном одиночном абсцессе мы находим изменения лишь в окружности гнойника, где, начиная с периферии, замечается мелкоклеточковая инфильтрация, за которой следует грануляционная ткань с круглыми и веретенообразными клетками, переходящая, наконец, в казеозный распад; специфические бугорки встречаются лишь в скудном количестве в грануляционном слое; в остальной окружающей абсцесс ткань не представляет изменений и свободна от бугорковых элементов. При других формах резуль-

таты исследования будут зависеть от стадии развития туберкулеза, с одной стороны — от взаимоотношения процесса разрушения (казеозный распад) и с другой — процесса регенерации соединительной ткани. Начальное изменение наблюдается всегда в междольковой — соединительной ткани и состоит из мелко-клеточной инфильтрации и гнездных скоплений эпителиальных клеток с единичными многоядерными гигантскими клетками и по окружности — из большого количества лимфоидных элементов. Затем в процесс вовлекается железистая ткань долек с явлениями некроза и дальнейшего разрушения клеточных элементов. В выводных протоках наблюдается десквамация их эпителия и частичная облитерация их с образованием ретенционных кист выше места сужения. При дальнейшем развитии бугорки казеозно перерождаются, сливаются с соседними и образуют большие или меньшие творожистые фокусы. В окружающей ткани развиваются грануляции, переходящие постепенно в зрелую волокнистую соединительную ткань. Таким образом получается, что отдельные туберкулезные гнезда разделяются друг от друга участками соединительной ткани, что дает картину так называемой узловой формы туберкулеза грудной железы; если же деструктивные процессы превалируют, и происходит постепенно слияние их между собою с образованием извилистых полостей, — получается сливающаяся форма туберкулеза грудной железы. Иногда же регенерация совершается так интенсивно, что большая часть разрушенной железы замещается соединительной тканью, среди участков которой еще удастся найти бугорки или небольшие очаги казеозного распада, — склерозирующая форма туберкулеза грудной железы. Часто туберкулезом бывают инфицированы и аксиллярные железы; в таких случаях к ним иногда тянутся казеозные лимфатические тяжи. В одном интересном случае (57-летняя женщина), когда при подозрении на рак была ампутирована грудная железа, вследствие прощупывания пестиковидного, неравномерно-плотного фиброзного утолщения молочного хода, в глубине были найдены два уплощенно-круглых узла величиной с вишню, которые оказались туберкулезно-измененными лимфатическими железами, лежащими в жировой клетчатке позади грудной железы, сама же железа в этом случае оказалась не пораженной туберкулезом.

Микроскопически при туберкулезе грудной железы находят туберкулезные палочки и содержащие гигантские клетки туберкулезные очаги как в области долек железы, так и под эпителием в стенке молочных ходов; в первом случае речь идет об одиночных интерстициальных туберкулах, которые находят случайно; во втором случае бугорки могут прорываться в ходы (аналогично туберкулезу желчных ходов), которые тогда представляются видимыми макроскопически, вследствие наполнения их казеозными массами, содержащими множество бацилл; эпителий их в образовании туберкул не играет никакой роли. Выделение туберкулезных палочек при неповрежденных молочных ходах можно исключить вполне. Необходимо остерегаться смешивать туберкулезные гигантские клетки с пенистыми жиросо-

ержащими, так называемыми псевдоксантоматозными клетками, которыми богаты очаги грануляционной ткани при ретенционном мастите. Старые метастатические гнойные процессы клинически также могут повести к диагнозу рака, а при микроскопическом исследовании оказывается туберкулез; в таких случаях видны очаги размягчения желто-белого цвета, вследствие множества жировых зернышек, содержащихся в клетках и обуславливающих цвет. В очагах преобладают плазматические клетки, лейкоциты и много круглых, содержащих жир, пенистых одноядерных клеток, а также единичные, разбросанные тут и там, многоядерные гигантские клетки. Кауфман наблюдал это, например, у 38 и одной 48-летней женщин. При описанной Инджером (Ingier) форме туберкулеза грудной железы под названием „mastitis tuberculosa obliterans“ наблюдается облитерация выводных протоков. Известный немецкий патолог Л. Ашоф (L. Aschoff) в своем классическом руководстве о туберкулезе грудной железы говорит очень мало, как бы вскользь. По его мнению, в грудной железе развиваются плотные узлы, которые могут возбуждать подозрение об опухоли; на поверхности разреза они состоят из стекловидной губчатой грануляционной ткани, которая, творожисто перерождаясь, может дать повод к образованию в грудной железе полостей (каверн). От первичных очагов развиваются фистулезные ходы, которые пронизывают железу, подходят под кожу и, наконец, пробуравливают ее. Фистулезные устья окружаются бледными губчатого вида торпидными грануляциями и выделяют жидкий гной. Подмышечные лимфатические узлы набухают и могут также, творожисто перерождаясь, пробуравливать кожу.

В виду того, что в ранних стадиях развития бугорки сначала появляются в дольковой соединительной ткани вокруг железистых ходов, затем они распространяются субэпителиально в стенке молочных ходов, а также отчасти и внутри просвета (отчего вся стенка превращается в туберкулезную грануляционную ткань), можно предположить с достоверностью, что туберкулезные палочки достигают железистого аппарата по кровеносному пути, откуда и проникают в каналцы железы, а вымывание током секрета вниз инфильтрирует молочные ходы со стороны просвета; конечно, это не исключает возможности одновременного проникновения туберкулезных палочек и другими путями. Что касается нахождения туберкулезных палочек в срезах, то большинство авторов находили их после громадных затрат труда, времени и терпения. Так, Пискачек (Piscaszek) на 400 срезах нашел лишь несколько бацилл, Reerink в 30 срезах — всего 2 бациллы, Мюллер (Müller) на 100 срезах не нашел ни одной, Стромберг и Косогледов находили в каждом срезе от 2 до 4 палочек, расположенных в бугорках с некротическим центром, к периферии от последних между гигантскими клетками и среди эпителиоидных. В некоторых случаях ненахождения туберкулезных палочек Коминити (Cominiti) с успехом применял прививку; морским свинкам в полость брюшины или кроликам в переднюю камеру глаза. Смерть наступала на 30—50-й день при явлениях туберкулеза легких или общего ту-

беркулеза. Переход туберкулезных бацилл в молоко при клинически здоровой грудной железе у туберкулезных женщин и опасность заражения ребенка практически крайне маловероятны, что было доказано работами японских ученых (Курашиго, Майейма и Ямада).

Достойна внимания случайная комбинация туберкулеза грудной железы с карциномой этого органа. В таких случаях туберкулез прививается или вторично извне в раковую грудную железу или возникает в карциноме гематогенным путем; затем возможна активация карциномой находящегося в заглотшем состоянии туберкулеза грудной железы. Можно предположить также ретроградную инфекцию карциномы из туберкулезных подмышечных желез.

Случаи одновременного наличия туберкулеза и рака грудной железы наблюдались Кауфманом [кроме одного случая, описанного Бауером (Bauer) (52-летняя женщина)] в трех случаях (45, 60 и 61 года женщин) — в глубине железы и в одном случае — только в области соска. В одном из наших случаев также была обнаружена комбинация рака и туберкулеза грудной железы у женщины 40 лет.

Насколько специфичны при туберкулезе грудной железы патолого-анатомические изменения в ней и самый возбудитель их, настолько малохарактерны прижизненные симптомы и вся клиническая картина этого заболевания. С клинической стороны разделяют туберкулезные маститы на две группы: первичные, которые являются результатом самостоятельного поражения желез, и вторичные, когда поражение железы идет со стороны соседних образований, например, грудной клетки или подмышечных желез.

Туберкулез грудной железы является заболеванием по преимуществу женщин и наблюдается лишь в возрасте после достижения полового развития, в большинстве случаев у замужних и главным образом рожавших и кормивших. Таким образом ясна зависимость между данным заболеванием грудной железы и физиологической ее функцией. Чаще поражается правая грудная железа (из 86 случаев 53 приходится на правую и 33 — на левую грудную железу). Винивартер (Winiwarter) объясняет это тем, что, вследствие предпочтения работать правой рукой, правая грудь подвергается постоянным раздражениям от мышечных движений. Харн (Harn) считают наоборот. Как причину заболевания больные чаще всего отмечают травму в виде удара по груди или неоднократного придавливания груди (резание хлеба, корсеты и т. п.).

Первые симптомы при туберкулезе грудной железы малохарактерны и в общем сходны с симптомами развивающегося рака: появляются временами боли в груди, затем — большее или меньшее затвердение. Эти явления развиваются в очень различный срок — месяцами и годами. Ощущаемое уплотнение, обычно плохо отграниченное от окружающих частей и как бы инфильтрирующее последние, несколько болезненно. Консистенция плотная, местами иногда флюктуирующая (соответственно гнезднему раз-

мягчению с казеозным распадом или гноевидным содержимым). Чаще всего опухоль располагается в верхнем и наружном квадрантах (на 75 случаев — 41 раз — 54%). Кожа в этой стадии нормальная по виду, подвижная над опухолью, или слегка с нею спаяна; далее появляются в коже изменения (покраснение, истончение, спаяние) вплоть до прорыва ее и истечения гноевидной жидкости, свищи и язвы. Свищи часто открываются в области соска, из них торчат обычно фунгозные грануляции, и вытекает мутная жидкость с крошковатыми массами; иногда отверстие свища превращается в язву. Подмышечные железы одноименной стороны в двух третях случаев оказываются увеличенными, в большинстве вторично. Кожа над ними претерпевает изменения, аналогичные выше описанным над грудной железой.

При исследовании больных большое значение имеют все данные, указывающие на наличие туберкулеза в других органах (легких, ребер, суставов и особенно лимфатических желез), поэтому золотуха в анамнезе является важным моментом в диагностике туберкулеза грудной железы (при сомнительных опухлях ее).

Таким образом, клинические признаки, характеризующие туберкулез грудной железы, очень неясны: медленное — хроническое течение процесса без бурных явлений, подчас цветущий вид больных, иногда с наличием туберкулеза внутренних органов. Железа часто увеличена, уплотнена. Неясные начальные признаки заставляют предполагать какое-то заболевание железы, возникает мысль об опухоли, и только образование свищей дает повод предполагать туберкулез.

Наибольшие затруднения представляет дифференциальная диагностика между туберкулезом грудной железы и злокачественными новообразованиями ее, но именно здесь правильный диагноз очень важен для прогноза и показаний к оперативному вмешательству. Это признают все авторы, писавшие по этому вопросу; к сожалению, лишь в единичных случаях приведен ошибочный диагноз, но чаще всего, повидимому, туберкулез грудной железы принимали за злокачественные новообразования. Нужно сознаться, что при современных способах клинического исследования бывают случаи, в которых до операции, да и во время нее, мы не в состоянии решить вопроса, с чем мы имеем дело, и только один микроскоп позволяет точно установить диагностику, хотя такие признаки, как неподвижность опухоли, кахектический вид больных в случаях раннего его появления, двустороннее поражение и т. п., говорят за рак. Но во всех случаях, требующих точной диагностики до операции, только предварительная микроскопия решает дело.

Терапия при туберкулезе грудных желез только одна — оперативная, причем наибольшим распространением пользуются способы радикальные, но, принимая во внимание косметические соображения, особенно у молодых женщин, иногда приходится индивидуализировать способы лечения, конечно, в подходящих случаях и ограничиваться частичными резекциями. Более благоприятными для лечения являются, по вполне понятным при-

чинам, случаи первичного поражения желез. Лучшими методами лечения являются ампутация железы или, весьма редкое, частичное ее иссечение. По Брендлю, операция дает в 94% несомненный успех.

Переходя теперь к описанию наших случаев, необходимо сказать, что за все время существования хирургического отделения Вологодской губернской больницы, несмотря на огромный и весьма разносторонний материал, прошедший через нее, до прошлого 1927 года не отмечено ни одного случая туберкулеза грудных желез. Может быть, причину этого следует искать в том, что трудно диагностировать это заболевание путем одного клинического исследования, и операция производится чаще всего по поводу, например, рака грудной железы, а может быть, и вернее всего, потому что раньше не весь оперативный материал подвергался микроскопическому исследованию. Оба высказанные предположения вполне подтверждаются на описываемых ниже трех наших случаях, из коих два были оперированы как раки грудных желез, и только после операции при микроскопическом исследовании удаленных грудных желез была точно выяснена природа заболевания, причем в одном из них оказалась комбинация рака с туберкулезом. Третий случай был диагностирован путем биопсии с последующим микроскопическим исследованием биопсированного кусочка.

Случай I. Больная А. С. П-ва, 51 года, поступила в хирургическое отделение губ. больницы 28 декабря 1926 года с жалобами на опухоль правой грудной железы. Впервые заметила опухоль три месяца тому назад. Отмечает постепенное увеличение опухоли. До появления опухоли болел правый бок. Больная замужем. Было 7 беременностей. Последние роды 16 лет тому назад. Молока в груди было мало. Климакс наступил три года тому назад. Больная очень истощена. Костный скелет развит нормально. Слизистые оболочки бледны. Границы сердца в норме. На первом тоне у верхушки шум. Имеются выпадения пульсовых ударов на лучевой артерии. Дыхание справа по сосковой линии ослаблено. В наружном отделе правой грудной железы прощупывается узел очень плотной консистенции, не спаянный с кожей; узел неподвижно спаян с ребром и как бы исходит из него. В правой подмышечной впадине прощупывается плотная лимфатическая железка. Со времени поступления и до операции температура нормальная до 36,8°.

19 января под общим эфирным наркозом произведена операция: на передне-внутренней поверхности правого плеча произведен разрез длиной до 8 см; разрез продолжен по нижнему краю правой большой грудной мышцы. Грудная железа вместе с кожей иссечена, часть пятого ребра, спаянного с последней, резецирована; фасция, покрывающая большую грудную мышцу, а также подмышечные лимфатические железы удалены. Кожа зашита узловатым швом. Вставлен дренаж. Наркоз без осложнений. Моча без изменения за исключением щелочной реакции. После операции ночью была рвота, в остальном удовлетворительно. 21 января, т.-е. на третий день, удален дренаж. Немного жестковатое дыхание в правом легком под лопаткой. Кашель. 28 января сняты швы. Ходит. 8 февраля ход дренажа закрылся. Операционный рубец подвижный безболезненный. 11 февраля выписалась в хорошем состоянии. Температура за все время послеоперационного периода выше 37,4° не поднималась, и то это было только три дня.

При микроскопическом исследовании кусочков, вырезанных из разных мест грудной железы, которая представляется немного увеличенной вследствие наличия в ней узла желтовато-серого цвета, плотно сращенного с резецированной частью ребра, при заливке в целлоидин и окраске гематоксилином Эрлиха плюс эозина, а также по способу Ван-Гисона обнаружено следующее: сама опухоль состоит сплошь из некротических безъядерных большой величины и непра-

вильной формы участков — узелков, разграниченных друг от друга толстыми клеточными тяжами, состоящими из слившихся вместе, а местами лежащих обособленно бугорков эпителиоидного типа, в центрах, содержащих многоядерные гигантские клетки типа Ланганса и ясные признаки творожистого перерождения. Только на периферии препарата видны участки мышечной ткани и жировые дольки. Железистой ткани в самом узле не обнаружено. В других участках железа уклонений от нормы не представляет. Ребро на месте спайки с узлом лишено надкостницы и имеет шероховатую поверхность. При микроскопическом исследовании подмышечных желез последние сплошь пронизаны туберкулезными бугорками неравномерной величины и неправильной формы, местами они сливаются друг с другом, а местами лежат изолированно и разграничены нетолстыми прослойками лимфоидной ткани.

Диагноз: *Tuberculosis mammae et gland. lymphat. axillar.*

Случай II. Больная Е. А. Ж-ва, 40 лет. Поступила в хирургическое отделение Вологодской губернской больницы 19 сентября 1927 года, замужем, крестьянка. С жалобой на опухоль подмышечных желез и правой грудной железы. Считает себя больной больше года; отмечает, что вначале появились плотные на ощупь узлы в правой подмышечной впадине. Позднее заметила небольшую опухоль с орех величиной в наружной части (ближе к подмышечной ямке) грудной железы; эта опухоль постепенно увеличивалась, сделалась очень плотной и прощупывается сейчас на груди, начиная пальца на три ниже правой подмышечной впадины, спереди — в виде неправильной формы твердого образования, размером с кулак. Правые подмышечные железы увеличены, плотны. Из перенесенных болезней отмечает брюшной тиф. Больная среднего роста, удовлетворительного питания, подкожный жир выражен достаточно, со стороны костно-мышечной системы уклонений от нормы нет. Слизистые оболочки окрашены нормально. Границы сердца в норме. Тоны чисты. Моча нормальна. Свертываемость крови в камере Бюркера 6 м. 30 с. Справа на три пальца ниже подмышечной впадины и спереди между сосковой и аксиллярной линиями — очень плотная, бугристая, неправильной формы опухоль величиной с кулак, она имеет широкое основание и выступающий плотный бугор. 24 сентября операция под общим эфирным наркозом. Разрез кожи и подкожной клетчатки, начиная от границы верхней и средней третей правого плеча снизу под мышкой и по направлению к грудной мышце по ее нижней границе, огибая железу, второй разрез овальной формы по верхней границе грудной железы. Между линиями разреза грудная железа вместе с кожей и подкожной клетчаткой, а также и опухоль грудной железы удалены; плотные подмышечные железы вылушены; многочисленные сосуды перевязаны и рана зашита узловатыми швами. Прodelано отверстие несколько ниже подмышечной впадины и вставлена дренажная трубка. Наркоз без осложнений. 27 сентября удалена дренажная трубка. 7 октября сняты швы. Заживление первичным натяжением. 12 октября выписалась в хорошем состоянии. Температура за весь пред- и послеоперационный период была нормальной, за исключением двух дней (26 сентября и 7 октября), когда она поднялась до 38,6°.

При микроскопическом исследовании вырезанных из разных мест опухоли кусочков всюду видна мощно разросшаяся соединительная ткань с залегающими в ней гнездами из крупных эпителиального типа клеток с ясно выраженными признаками атипизма их строения; подобного рода участки представляются неодинаковых формы и величины, от крупных до маленьких (из 2 — 3 клеток), разграниченных друг от друга толстыми прослойками гиалинизированной бедной клетками соединительной ткани, местами инфильтрированной круглыми мелкими клетками. Обширные некрозы занимают центральные части узлов опухоли с ясно выраженными явлениями образования типических эпителиоидных бугорков в окружности и на периферии крупных некротических (казеозных) участков. В центрах бугорков признаки казеозного распада с типическими многоядерными гигантскими клетками и с очаговыми отложениями гемосидерина. Подобного рода явно туберкулезная грануляционная ткань окружает вышеописанные раковые участки, местами достигающие значительной величины и напоминающие картину тубулярного, а местами солидного рака. Кое-где видны салыные железы и значительное прорастание раковых клеток в лимфатические шели и железистые просветы, которые представляются сплошь выполненными раковыми клетками. При исследовании лимфатических желез, удаленных вместе с грудной, они представляются во всю свою толщу пронизанными бугорками,

по местам слившимися друг с другом, с полным казеозным перерождением их и массой гигантских клеток. На основании микроскопического исследования выяснилось, что в грудной железе имеется фиброзный рак, местами дающий картину, напоминающую *sarcoma solidum* в комбинации с туберкулезом как самой грудной железы, так и подмышечных лимфатических железок, удаленных во время операции вместе с грудной.

Что касается третьего случая, то он относится к амбулаторной больной Уг-вой, которая явилась 25 января 1927 года в хирургическую амбулаторию Вологодской губ. больницы с жалобами на опухоль грудной железы. При осмотре ее был взят кусочек грануляции из свищевого хода и послан для исследования. При микроскопии оказались всюду видимые круглые клетки как типа полинуклеаров, так и в виде более крупных гнездных скоплений из плазматических и лимфоидных клеток. Среди этих клеточных масс имеются в небольшом количестве эпителиоидные клетки, лежащие в распадающихся казеозно участках вместе с единичными многоядерными крупными гигантскими клетками типа Ланганса. Таким образом в данном случае мы имеем типическую туберкулезную грануляционную ткань.

Резюмируя все описанные нами случаи, мы должны сказать, что в первом из них мы имеем повидимому вторичный туберкулез грудной железы, исходным пунктом которого является ребро. Здесь мы встречаем первую форму так называемого рассеянно-сливного туберкулеза грудной железы, с образованием одного большого узла, получившегося от слияния многих мелких узелков. Второй случай, как уже было упомянуто, — комбинация рака и туберкулеза грудной железы. Такого рода сочетание встречается очень редко, и, как видно из вышеперечисленных примеров, случаи эти единичны. В нашем случае туберкулез железы повидимому явление вторичное, так как большая сначала заметила опухоль подмышечных желез, и затем уже появилась припухлость в грудной железе. Можно с достоверностью утверждать активацию к анкрозной грудной железе туберкулезной инфекцией из подмышечных желез. Третий случай не требует объяснения, так как еще не подвергался операции. Наличие свищевого хода и микроскопическое исследование говорят сами за себя, и диагноз здесь бесспорен.

Подводя итоги всему вышеизложенному, позволим себе сделать такие выводы:

1. Туберкулез грудной железы — редкое заболевание, встречаемое почти исключительно у женщин.

2. Патолого-анатомическая картина и классификация форм туберкулеза грудной железы является наиболее соответствующей и клинической картине.

3. При постановке правильного диагноза туберкулеза грудной железы следует обращать внимание на общее состояние организма, наличие туберкулеза других органов, преимущественно желез и поражение ребер.

4. Во всех сомнительных случаях необходимо возможно чаще прибегать к биопсии, а также во всех без исключения случаях подвергать микроскопическим исследованиям все удаленные оперативным путем грудные железы, так как от этого зависит прогностика каждого случая.

За предоставление историй болезни приношу благодарность д-ру А. П. Цветкову.

ЛИТЕРАТУРА

1. П. И. Тихов — Частная хирургия. Том II—1916.
2. Стромберг и Косогледов — Русский хирургический архив. 1909.
3. F. Koenig. Lehrbuch der speziellen Chirurgie Bd. II, 1893.
4. И. Ф. Пожарский — Основы патологической анатомии. В. III — 1919.
5. E. Kauffmann — Lehrbuch der speziellen Patholog. Anatomie. В. II—1922.
6. L. Aschoff — Pathologische Anatomie, Bd. II, 1923.
7. П. С. Важенев — Новый хирургич. архив. Т. VIII, кн. 2, 1925 (№ 30).
8. Nagashima J. Deutsche Medicin. Wochenschrift, 1925, № 14.
9. Jaschke R. Biologie und Pathologie des Weibes. Bd V. I—II. 1926.

Aus der Prosector des Gouvernement-Krankenhauses in Wologda

Prosector

Dr. K. N. Mikhailov

Von der Brustdrüsentuberkulose

Dr. K. N. Mikhailov

Die Brustdrüsentuberkulose ist eine seltene Erkrankung, öfters wird sie als abermalig entstanden, abhängig von der Affection der lymphatischen Drüsen und Rippen, beobachtet. Um eine richtige Diagnose zu stellen ist dringend notwendig die Aufmerksamkeit auf den gesammten Zustand des Organismus und auf das Dasein der Tuberkulose der übrigen Organe zu lenken. In zweifelhaften Fällen muss man zu einer Biopsie schreiten. In Prognostikzielen jedes einzelnen Falles ist unentbehrlich alle operativentfernten Brustdrüsen einer mikroskopischen Prüfung zu unterwerfen. Eine Vereinigung der Tuberkulose mit dem Brustdrüsenkrebs wird in einzelnen Fällen beobachtet, indem die Tuberkulose den Krebsprozess aktiviert.

К ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ АППЕНДИЦИТА И СВЯЗИ ЕГО С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДРУГИХ ОРГАНОВ

Д-р Н. А. Слугинов и д-р Л. В. Проскуряков

С расширением работы хирургических учреждений г. Вологды и приближением хирургической помощи к населению за последние годы увеличилось поступление в патолого-анатомическое отделение губ. лаборатории операционного материала для гистологических исследований. Резко возросло также и количество удаленных червеобразных отростков по поводу их воспаления.

1912	1913	1914	1915	1919	1920	1926	1927	1928
95	254	124	98	155	165	366	578	573

Таким образом, всего гистологически исследовано 2408 червеобразных отростков. Практическая ценность изучения патолого-анатомических изменений в удаленных отростках сводилась к тому, чтобы иметь возможность с большей точностью ориентироваться в данном заболевании, связать его с другими заболеваниями, а также выяснить патогенез аппендицита, так как, несмотря на частоту этого заболевания и большое количество работ, посвященных аппендициту, вопрос этот окончательно не разрешен.

Анатомическое положение червеобразного отростка различно: иногда он глубоко вдается в полость малого таза, иногда оказывается расположенным под подвздошной кишкой, подвергается кверху и сзади слепой кишки. Форма отростка вследствие перегибов в разных местах по его длине бывает веревкоподобной, напоминает букву S или У; принимает хвостоподобную и кольцеобразную форму. Наибольшая длина отростка, по литературным данным, достигает 25 см; по нашим данным, самый длинный отросток—19 см, и самый короткий—2 см.

Гистологическое строение (структура) аппендикса то же, что и в толстых кишках, за исключением богато развитого лимфатического аппарата, постепенно развивающегося с возрастом, и многочисленных выемок в слизистой оболочке, которые имеют большое значение в происхождении и локализации воспалительного процесса.

Патолого-анатомические изменения при воспалении аппендикса проявляются прежде всего в скоплении лейкоцитов под эпителиальным покровом слизистой оболочки, одной из ее крипт или чаще нескольких. При этом должно быть минимальное по-

вреждение эпителия слизистой (часто просматриваемое при микроскопическом исследовании). Здесь, т.-е. в дефекте эпителия слизистой оболочки, образуются пробка из фибрина и лейкоцитарная инфильтрация (первичный инфект по Гольдциеру). Все это может быть в любом месте слизистой оболочки аппендикса. Макроскопически при таком развитии процесса отросток, кроме тонкой инъекции сосудов серозной оболочки, выглядит совершенно нормальным. Вскрытие просвета отростка также не дает каких-либо изменений, и только тщательное микроскопическое исследование указывает на развитие процесса в слизистой оболочке. Поверхностная локализация воспалительных явлений в дальнейшем ведет к экссудативным процессам в подлежащей ткани, а также к разрушению эпителиального покрова слизистой оболочки на значительном протяжении.

В противоположность указанным поверхностным дефектам, возникают относительно тяжелые воспалительные изменения в самой стенке червеобразного отростка. От места первичного дефекта в толщу стенки его широкой каймой врезается толстая масса лейкоцитов, инфильтрирующая все слои стенки до серозного покрова включительно, который на это реагирует значительно выраженными явлениями экссудации.

Микроскопическая картина ясно указывает на преобладающее поражение мускулярного и серозного слоев по сравнению со слизистой и подслизистой частями стенки. Первые густо инфильтрированы нейтрофильными и эозинофильными лейкоцитами. Субсерозные лимфатические сосуды оказываются совершенно закупоренными лейкоцитами. В просвете аппендикса имеется гнойной экссудат. При таком глубоком развитии процесса, эпителий слизистой оболочки может быть видимо сохранен, или он разрушается в разных местах слизистой с вовлечением в процесс также и поверхностных слоев самой толщи слизистой.

При указанных изменениях флегмонозного характера в отростке, дальнейшие деструктивные изменения в нем выражаются появлением в его стенке многочисленных гнойно-расплавленных очагов (абсцессов). Постепенно увеличивающиеся в своих размерах гнойно-расплавленные очаги могут прорваться наружу и повести к перфорации аппендикса. Деструктивные процессы могут идти дальше, захватывая на больших участках все слои стенки отростка, которые представляются некротически расплавленными. Развитие процесса в толще стенки отростка, при наличии некроза его ткани, также может вести к перфорации отростка; здесь обычно вовлекается в процесс и брыжжейка, иногда ясно участвующая в воспалении, с многочисленными явлениями тромбоза ее вен.

В то время как при первичном инфекте сплошь и рядом в червеобразном отростке обнаружить ничего не удается, при флегмонозной форме воспаления его резко выступает экссудация стенки с диффузным круглоклеточным инфильтратом. Обычно процесс редко захватывает весь отросток, а чаще всего все воспалительные явления локализуются на дистальных его частях и

исчезают в местах перегибов отростка, что очерчено более или менее отчетливо выраженными границами. При обычном катаральном процессе серозная оболочка имеет резко инъецированные сосуды и нежную фибринозную пленку на поверхности. Если же процесс в отростке ведет к значительным деструктивным изменениям, то в его просвете скопляется геморрагический гнойный экссудат, расширяющий его, вследствие чего дистальная часть отростка принимает колбо- или шарообразную форму. На серозной оболочке при указанных условиях фиброзная пленка пронизана громадным количеством лейкоцитов.

Ближайшая часть отростка до места перегиба имеет мало измененную слизистую оболочку, с незначительными кровоизлияниями; в дистальной же части отростка слизистая сплошь пропитана громадным количеством гнойных клеток и кровью с последующим изменением стенки в виде некроза и гангренозных распадов. Таким образом по микроскопической картине все виды воспаления аппендикса можно разделить на следующие формы:

1. При наличии процесса в поверхностных слоях слизистой оболочки, без нарушения выстилающего ее эпителия, говорят о поверхностном катаральном аппендиците (*Appendicitis catarrhalis superficialis*).

2. Разрушение эпителия, ведущее к изъязвлению слизистой, дает форму катарального язвенного аппендицита (*Append. catarr. exulcerans*).

3. При воспалении всей его стенки, при наличии в ней круглоклеточного инфильтрата и при целостности эпителия слизистой будем иметь простой флегмонозный аппендицит (*Append. phlegmonosa*).

4. И при нарушении эпителия слизистой—язвенный флегмонозный аппендицит (*Append. phlegmonosa ulcerosa*).

5. Деструктивные процессы в стенке, в форме наличия гнойно-расплавленных очагов, дают форму апостематозного аппендицита (*Append. apostematosa*).

6. При разрушении абсцессами стенки с последующей перфорацией ее—прободной апостематозный аппендицит (*Append. apostematosa perforans*).

7. При некрозе стенки будем иметь гангренозный аппендицит (*Append. gangrenosa*).

8. При гангренозном распаде стенки с перфорацией—прободной гангренозный аппендицит (*Append. gangrenosa perforans*).

(Классификация, предложенная Aschoff'ом и принятая в настоящее время большинством патологов).

Обычные острые воспаления отростка, как катаральные, так и флегмонозные, в исходе ведут к разрастанию субсерозной и интрамукулярной соединительной ткани, с отложением жировых клеток в подслизистом слое, без видимых особых изменений в самой слизистой оболочке, или же сопровождается атрофией как самой слизистой, так и ее фолликулов, что принято считать явлениями хронического аппендицита (*Appendicitis chronica*).

При явлениях местного поражения слизистой оболочки разрешение процесса часто ведет к сужению его просвета за счет развития рубцовой соединительной ткани в пораженных местах слизистой оболочки. Но здесь все же можно видеть, правда, довольно измененные, оставшиеся элементы слизистой. Наличие процесса во всей толще слизистой, осложненного глубоким разрушением ее, а также деструкцией слоев стенки отростка, дает полную облитерацию просвета (*Append. oblitérans totalis*).

Раньше в облитерации просвета видели проявление старческих атрофических процессов. Но если присутствие таких процессов в старческом возрасте нельзя вполне отрицать, то в молодом возрасте наличие указанных изменений говорит за результат бывшего воспаления. Это подкрепляется также и другими признаками, указывающими на бывший в отростке воспалительный процесс, как то: пигментация определенных участков стенки и дефекты в мускульном слое стенки, как следствие внутрстеночных абсцессов. Можно установить, что часть отростка, подвергшаяся облитерации, вполне соответствует в топографическом отношении местам острого воспаления. Вообще же данные о частоте облитерирующих процессов резко колеблются: так, Голль утверждает, что их имеет почти половина взрослых людей; Томити считает их необычайно частыми; Кауфман находил у 733 мужчин всех возрастных групп только 8,06% и у 731 женщины всех возрастов 11,31%. На нашем материале облитерация отростка имела в 6,6%.

Если червеобразный отросток в своей дистальной части свободен от калового содержимого, а в проксимальной части отростка имеется частичное сужение или застание просвета, то постоянное накопление в просвете секрета слизистой оболочки ведет к грушевидному расширению его, наполненному слизисто-водянистым или студенистым секретом (*Hydrops appendicis, Mucosele*).

В очень редких случаях при водянке аппендикса студенисто-слизистое содержимое бывает заключено в многочисленные шароподобные образования, происходящие из расширенных железистых полостей слизистой оболочки (*Muxoglobulose* — Ганземан, Шлагенгауфер, Штурм). Наполнение расширенной дистальной части аппендикса гноевидной жидкостью дает эмпиему отростка.

Если имеется полная перфорация отростка, и перфоративное отверстие окружено слизистой оболочкой, то постоянно выделяющаяся из его просвета слизь, располагаясь на поверхности аппендикса, или среди окружающих его спаек, а также распространяясь в брюшной полости, ведет к организации так называемого ложного слизевика брюшины (*Pseudomuxoma peritonei ex appendicitide*).

Из специфических поражений аппендикса среди исследованных нами отростков имелось 13 случаев туберкулеза и один случай круглоклеточной саркомы (поражение вторичное).

Местный туберкулезный процесс отростка был обнаружен в 5 случаях, связанный с поражением придатков матки в 4 случаях и связанный с заболеванием органов брюшной полости в 4 случаях.

При местном туберкулезном поражении аппендикса как в слизистой оболочке, так и в других слоях его стенки имелись многочисленные туберкулы, резко отграниченные от окружающей ткани, творожисто перерожденные, с явлениями некроза стенки. Перфорации отростка при местном туберкулезном его поражении не наблюдалось ни в одном из наших случаев.

Одновременные поражения туберкулезом аппендикса и правых придатков матки давали следующую микроскопическую картину: во всех случаях, где процесс имел своим началом отросток (полное его поражение), в серозной и мышечной оболочках трубы было видно большое количество туберкулов с клетками типа Ланганса. Начальный процесс в трубе или яйчнике, которые представлялись творожисто-перерожденными, давал опять-таки в большинстве случаев поражение лишь поверхностных слоев стенки отростка, серозного и мышечного.

Таким образом, надо считать, что в исследованных нами случаях совместного поражения правых придатков и аппендикса процесс распространялся путем соприкосновения больной ткани со здоровой.

Туберкулез отростка, связанный с заболеванием органов брюшной полости — туберкулез брюшины и забрюшинных лимфатических желез захватывал всю его стенку, и только в одном случае наблюдалось отграниченное изменение одного из слоев стенки аппендикса — слизистой оболочки (лимфогенная инфекция).

Случай круглоклеточной саркомы аппендикса (поражение вторичное). Опухоль, исходящая из брыжейки слепой кишки, проросла последнюю, слепую кишку и аппендикс. Отросток имел колоссальную толщину вследствие врастания в его стенку и выполнения его просвета клеточными массами опухоли.

По характеру патолого-анатомических изменений исследованные отростки за последние три года (1926—1928) распределяются следующим образом:

Ф о р м а з а б о л е в а н и я	Количество случаев	Взаимные процентные отношения
Поверхностный катаральный аппендицит	612	} 67,9
Катаральный язвенный	419	
Простой флегмонозный	127	
Язвенный флегмонозный	103	} 16,6
Апостематозный	16	
Прободной апостематозный	—	
Гангренозный	2	} 10,2
Прободной гангренозный	4	
Хронический	17	
Облитерирующий	106	} 0,3
Атрофическая форма	32	
Эмпиема отростка	5	
Водянка отростка	2	0,1
Туберкулезный	13	0,8
Саркома (вторичная)	1	0,1
Без изменений	58	3,6
Всего	1517	—

Последствия воспалений червеобразного отростка крайне разнообразны. Если острый процесс в отростке протекает благополучно, то он заканчивается образованием соединительнотканых сращений, окутывающих отросток.

В других случаях разрушительный процесс в стенке аппендикса идет бурно и быстро и кончается перфорацией его стенки, с последующим попаданием каловых масс и гноя в брюшную полость, что вызывает развитие диффузного гнойного перитонита.

По материалам прозекторской Вологодской губ. больницы за 15 лет гнойный перитонит после аппендицита наблюдался в 39 случаях на 1848 вскрытий (в 2,1%).

Сращения и спайки вокруг аппендикса мешают разнесу инфекции по брюшной полости, и нагноение, наблюдаемое вокруг отростка, ограничивается образованием периаппендикулярных абсцессов.

Если последует прорыв абсцесса в клетчатку подвздошной впадины, расположенную на подвздошной фасции, то возникает экстраперитонеальный абсцесс (Parathyphlitis). В забрюшинной клетчатке флегмонозное воспаление может пойти вверх до почек (Paranephritis), печени и грудобрюшной преграды с образованием поддиафрагмального абсцесса, очень редко продолжающегося до плевры. В исключительных случаях абсцесс прорывается через диафрагму в легкое.

Вниз воспалительный процесс может проникнуть до области седалищного бугра, мошонки, влагалища и прямой кишки с образованием абсцессов дугласова пространства, параметрия и парапроктита, с дальнейшим прорывом гноя в прямую кишку, влагалище и мочевого пузыря.

Частота заболевания аппендицитом у женщин и у мужчин, по Волковичу, равна отношению 4:3; по материалам проф. Вознесенского, 43% аппендицита падает на мужчин и 57% на женщин. По Розанову, отношение равно 1:1,17, по Мартынову—1:2, по Hornicke—2:2. Sonnenburg, Rosthorn, Гермес и др. приходят к заключению, что частота аппендицита у обоих полов приблизительно одинаковая. По нашим данным, он у женщин встречается значительно чаще, чем у мужчин.

На 441 отросток, удаленный у мужчин, приходится 1076 женских отростков,—отношение равно 1:2,44; таким образом 29% аппендицита падает на мужчин и 71%—на женщин. Если исключить женские отростки, удаленные при других заболеваниях, то 35% падает на мужчин и 65% на женщин.

Многие приводят большие цифры заболевания отростка слепой кишки, обнаруживаемые при гинекологических обследованиях: Petersen—в 74%, Krönig и Pankow—в 53%, с другой стороны, у Bumm'a, Росторна и Г. Е. Рейна цифры эти не велики—от 2,5 до 16%. По материалам А. Н. Орлова, отросток найден измененным в 73%, в сращениях с правыми придатками—в 9,3%.

Связь между заболеванием червеобразного отростка и придатков матки может проявиться двояко: процесс передается с заболевшего аппендикса на придатки, или, наоборот, с придатков матки заболевание переходит на отросток.

Раньше считали, что инфекция с аппендикса на придатки матки и обратно передается по аппендикулярно-яичниковой связке (lig. Clado), — это неустойчивая, перигонеальная, серповидная складка, идущая от основания брыжжейки отростка к верхнему краю широкой связки.

Ашоф говорит, что она встречается в 20%. Росторн считает, что этой складки не существует. Произведенные опыты показали отсутствие связи между кровеносными и лимфатическими путями червеобразного отростка и придатков матки.

На XVI Международном съезде врачей в Будапеште возможность передачи заболевания через связку Кладо почти единогласно отвергнута. Большинство признает связь между заболеванием аппендикса и придатками матки чисто механическую, путем передачи инфекции через соприкосновение заболевшего органа с соседними органами; этому способствует врожденное удлинение червеобразного отростка и опускание его в малый таз (А. Н. Орлов).

Помимо этого, под влиянием тех или иных условий придатки матки могут подняться вверх до повздошной впадины.

Уже нормальный отросток либо своей верхушкой, либо большей своей частью опускается в малый таз, приходя в соприкосновение с маткой и ее придатками (по Дебелю—в 60%).

Sprengel наблюдал это опущение в 70% на трупах и в 50% на живых, Турнер—в 48,5%. Другие, наоборот, опущение отростка наблюдали значительно реже (Vruant—у женщин—в 7,3%).

Длина отростка колеблется, как уже было сказано, от самых малых величин до 25 см. Описаны случаи, когда отросток срастался с тазово-ободочной кишкой и левыми придатками, вызывая в них воспалительные явления.

Подвижная слепая кишка, энтероптоз, атрофический параметрит вызывают низкое положение отростка.

Беременность, мешетчатые опухоли придатков приподнимают придатки матки, приводя их в соприкосновение с нормально расположенным отростком.

Известно, что при воспалении органов, покрытых брюшиной, и при вовлечении ее в процесс она реагирует образованием ложных перепонок и спаек. Спайки, образующиеся между аппендиксом и придатками, создают удобный путь для перехода возбудителей воспаления (Segond).

Панков распределяет воспалительные заболевания придатков по этиологическим моментам в следующих процентных отношениях:

Гоноррейного происхождения	43	Септического происхождения	13
Туберкулезного	22	После аппендицита	22

А. Н. Орлов приводит следующую этиологию при заболеваниях придатков.

Гоноррея	38,96	Туберкулез	8,89
Послеродовые заболевания	22,05	Неопределенно	2,90
Аппендицит	27,20		

Аппендицит, вызывая слипчивое воспаление тазовой брюшины, влечет за собой целый ряд изменений в придатках матки, наичаще в форме перисальпингофоритов и периметритов. Значительно реже обуславливает образование скоплений слизи в трубе. Спайки после аппендицита, вызывая облитерацию брюшинного отверстия трубы, способствуют образованию гидросальпингса.

Menge, Küstner, Росторн, А. Н. Орлов, и др. указали, что главную роль в образовании гидросальпингса играют воспалительные процессы в серозной оболочке трубы и тазовой брюшине, слипчивое воспаление которой захватывает брюшинное отверстие трубы и вызывает образование гидросальпингса. Воспалительный процесс аппендикса может распространиться через соприкосновение по брюшине малого таза, почему одинаково возможно как одностороннее, так и двустороннее заболевание придатков.

Среди целого ряда этиологических моментов трубной беременности наиболее частой причиной является воспалительное заболевание придатков матки и тазовой брюшины как результат предшествовавшего выкидыша, неправильно проведенного послеродового периода, или как следствие вторичного воспаления после перенесенного воспаления отростка слепой кишки (А. Н. Орлов).

Вовлечение правой трубы в процесс, исходящий из аппендикса, и образование спаек могут повести также к нарушению проходимости трубы и способствовать образованию внематочной беременности (Ашоф).

Развитие внематочной беременности в связи с заболеванием аппендикса описано многими авторами (Krüger, Robb, Elbogen, Hermes, А. Н. Орлов, Гриднев).

Если вовлечение в процесс придатков и тазовой брюшины при аппендиците имеет место у очень молодой девушки, то результатом этого могут быть различные пороки развития внутренних половых органов. Спайки, как следствие процесса при аппендиците, могут окутать трубы и яичники и нарушить передвижение яйца и овуляцию, в результате чего может быть бесплодие (Неелов—ЖА. 1909).

Патолого-анатомические изменения при одновременном поражении трубы и аппендикса характеризуются наличием более или менее обширных спаек, связывающих червеобразный отросток с тазовыми органами.

Микроскопическая картина аппендикулярных изменений при этом довольно характерна: воспалительный процесс резче всего выражен в брюшинном и мышечных слоях отростка. В серозной оболочке расширенные и переполненные кровеносные сосуды (резкая гиперемия); отек, разволокнение и утолщение наружных слоев его. Круглоклеточная инфильтрация слоев стенки диффузного или очагового характера, располагающаяся главным образом периваскулярно.

Если аппендикс поражается первично, и процесс затем переходит на трубы, то микроскопически в слизистой оболочке

можно наблюдать те или иные изменения. При переходе же процесса с труб, слизистая, как правило, мало изменена, но при дальнейшем течении может также вовлекаться в процесс.

Клинические и экспериментальные данные говорят, что аппендицит может вызвать целый ряд заболеваний печени и заболеваний желчных путей различной тяжести.

Пути, по которым инфекция с червеобразного отростка проникает в печень и желчный пузырь, следующие:

1. Через систему воротной вены—гематогенный путь—по илеоцекальным венам в верхнюю брыжжечную, воротную вену и далее в печень.

2. Путь лимфатический. Лимфатические сосуды из области слепой кишки и аппендикса направляются к группе желез вдоль илеоцекальной артерии. Далее главные стволы идут к железам, лежащим впереди нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, затем вдоль верхней брыжжечной артерии, к группе аортальных железок и дальше вливаются в цистерну через кишечно-лимфатический ствол.

С другой стороны, к группе аортальных желез подходят лимфатические сосуды печени, желчного пузыря, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы. Нужно полагать, что в этой области возможны анастомозы между нижней и верхней системами лимфатических сосудов. В случае какого-либо препятствия по ходу лимфатических сосудов, лимфа из области слепой кишки и червеобразного отростка окольным путем, через лимфатические сосуды желчного пузыря, печени, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы, направляется к цистерне.

Сареско описывает сосуды, идущие непосредственно от слепой кишки к воротам печени. Волкович говорит, что лимфатические сосуды червеобразного отростка, кроме других направлений, идут по наружному листку брыжейки восходящей кишки и сообщаются с сосудами, заложенными в связках печени.

Драгун и Иргер из хирургической клиники Белорусского университета (проф. Рубашов), посвятившие за последнее время ряд работ вопросу о связи аппендицита с холециститом, считают что при аппендицитах инфекционный процесс по ходу лимфатических сосудов вызывает лимфангоит и лимфаденит, и лимфа направляется через окольные пути (вдоль желчного и пузырного протоков).

Vancroft полагал, что инфекция с отростка на желчный пузырь распространяется гематолимфатическим путем, т.е. через воротную вену, которая в междольковых пространствах печени соприкасается с лимфатическими сосудами, имеющими связь с лимфатическими путями желчного пузыря.

Инфекция с червеобразного отростка может переходить непосредственно на желчный пузырь, когда аппендикс загнут кверху и соприкасается с печенью и желчным пузырем. Спайки вокруг желчного пузыря, как следствие аппендицита, могут повести к застою желчи в пузыре, что способствует его инфекции. Застой желчи может возникнуть также на почве рефлекторного раздражения пузыря со стороны воспаленного отростка.

В последнее время выдвинута теория образования язвы желудка вследствие рефлекторного раздражения нервов со стороны аппендикса, ведущего к пилороспазму со всеми вытекающими отсюда последствиями (Roessle, Bergmann, Греков).

Рефлекторные раздражения при аппендицитах с одной стороны передаются на желчный пузырь, с другой стороны вызывают пилороспазм, что в свою очередь сказывается на пузыре, в результате чего возникают контрактура пузыря, спазм сфинктера, а это ведет к застою желчи (Рубашов). Таким образом при аппендиците имеются благоприятные моменты для возникновения холециститов (застой желчи и инфекция).

По протоколам вскрытий прозекторской Вологодской губ. больницы мы обратили внимание на то, что в 3,8% случаев имеются одновременно те или иные изменения в аппендиксе и желчном пузыре. В одном случае имелась подвижная слепая кишка и аппендикс, расположенный у нижнего края реберных хрящей, со сращениями между желчным пузырем и отростком.

Аппендицит является наиболее частой причиной метастатического образования поддиафрагмального абсцесса, для образования которого прободение червеобразного отростка и аппендикулярный абсцесс не являются необходимым условием.

Инфекция передается по лимфатическим и кровеносным сосудам, по забрюшинной клетчатке, а также имеется и внутрибрюшинный путь, который ведет из подвздошной впадины по наружному продольному каналу вдоль восходящей кишки к поддиафрагмальному пространству.

Поддиафрагмальные абсцессы, исходящие из червеобразного отростка, как правило, располагаются с правой стороны и как редкое исключение — с левой.

Инфекция и воспалительный процесс с аппендикса могут распространиться по забрюшинной клетчатке или непосредственно по продолжению при достаточной длине и ретроцекальном положении отростка, или через кровеносные и лимфатические сосуды в забрюшинной клетчатке до правой почки и мочеточника, и вызвать в них ряд изменений: гнойное воспаление околопочечной клетчатки, воспалительные и дегенеративные процессы в почке и в дальнейшем — образование спаек и сращений, сужение, перегибы и искривления правого мочеточника с последующим гидронефрозом.

При тазовом положении отростка, аппендицит может вызвать ряд различных изменений со стороны мочевого пузыря.

По материалам прозекторской Вологодской губ. больницы сужение мочеточника после аппендицита с последующим гидронефрозом наблюдалось в трех случаях.

Ниже приводим выдержки из протоколов вскрытий прозектуры Вологодской губ. больницы с наличием абсцессов печени, поддиафрагмального нарыва, гнойников селезенки, как результат воспаления червеобразного отростка.

* * * Случай I. По вскрытии брюшной полости между печенью и диафрагмой сращения и нежные спайки, легко отделимые. Печень увеличена в объеме 29×11; на разрезе печени обнаруживаются множественные гной-

ники величиной от конопляного зерна до большого грецкого ореха. Желчный пузырь растянут до двойного объема, содержит мутную, слабоокрашенную желчью, водянистую жидкость. В воротной вене, перед входом ее в ткань печени, пристеночный тромб, в виде пленки толщиной более 1 мм и шириною до 2 см, желтой окраски с примесью гноя. Сама воротная вена со своими разветвлениями, идущими от слепой кишки и червеобразного отростка, растянута, стенка ее легко разрывается. Из разрыва выделяется сначала желтый густой гной, а потом гной с примесью крови. Лимфатические железы брыжейки малы, кроме той группы их, которая лежит возле слепой кишки и червеобразного отростка. Железы этой области увеличены до размеров 2—3 см, плотной консистенции. Из слепой кишки, через просвет червеобразного отростка, который как таковой исчезает уже на расстоянии 2—3 мм от слепой кишки, зонд проникает в полость величиною с куриное яйцо, стенки которой грязносерого цвета, местами покрыты желтыми пленками и содержат клочья омертвевшей ткани. Полость лежит частью под слепой кишкой, частью в забрюшинной клетчатке и в спайках брюшины с большим салынком. Конеч червеобразного отростка не найден.

Случай II. По вскрытии брюшной полости: брюшина мутная, покрыта фибринозными пленками, особенно висцеральный листок. Передняя брюшная стенка плотно припаяна к подлежащим внутренностям, и в промежутках между сращениями скопление мутной желтой жидкости. В левом подреберьи, под левым куполом диафрагмы скопление большого количества густого желто-зеленого гноя. Петли кишок слиплись, покрыты фибринозными наложениями, и между ними жидкость с плавающими хлопьями фибрина. Пристеночная брюшина также покрыта наложениями. Вся правая подвздошная впадина в сращениях, прилегающие петли тонких кишок и тазово-ободочной спаяны друг с другом, окутаны гноем. При отделении спаек обнаружен отросток, периферический конец его омертвел и легко отделим от слепой кишки. Вся слепая и восходящая кишки плотно припаяны в правом продольном канале брюшной полости. Вся клетчатка, окружающая их, пропитана гноем, который поднимается вверх к печени. Печень пронизана громадным количеством, до горошины величиной, абсцессов, расположенных как под капсулой (слева), так и центре. Селезенка увеличена— $15 \times 9 \times 5$, вся в спайках и окутана гноем. Под капсулой селезенки видны в большом количестве абсцессы, пронизывающие верхний полюс и содержащие густой желтый гной.

Случай III. По вскрытии брюшной полости петли тонких кишок оказались спаяны между собой и с пристеночной брюшиной, особенно вправо от пупка, где сращения очень плотны; при разделении их из спаек выделялся гной. В правой подвздошной впадине — спайки, при отделении которых обнаружен плотный с гнойным содержимым и перетяжками омертвевший отросток. При разрезе прилегающей клетчатки в ней обнаружена полость, наполненная гноем. В жировой капсуле почек — отграниченные гнойники. Ткань правой почки на разрезе серого цвета, с красными полостями расширенных сосудов, в левой почке корковый и медулярный слои ясно различимы. Правый надпочечник увеличен, с геморрагическим очагом; левый несколько увеличен, обычного строения. По вскрытии салыниковой сумки обнаружена увеличенная в своих размерах поджелудочная железа. При разрезе вдоль железы выделялась густая гнойно-кровянистая жидкость из растянутой селезеночной вены. Идя по ходу селезеночной вены, обнаружили гнойник селезенки величиною с большой грецкий орех. Гнойник отграничен от окружающей ткани селезенки, которая плотна и увеличена; пульса с поверхности разреза соскабливалась в незначительном количестве. Вскрывая по зонду селезеночную вену, нашли ту же гнойно-кровянистую массу в воротной вене и ее разветвлениях в печени, причем концевые ветви ее дали множественные гнойники величиною от конопляного зерна до вишни. Желчный пузырь спаян с поперечной ободочной кишкой.

Громадное большинство случаев аппендицита представляет собою чисто местное заболевание. Главным и наиболее частым способом внедрения инфекции в отросток является энтерогенный путь, когда микробы, находящиеся в кишечнике, попадают в просвет отростка и вызывают воспаление.

Лишь в редких случаях можно думать о гематогенном метастатическом возникновении воспаления (при ангинах и при общем заболевании септического характера).

Работами многих авторов в просвете, стенке и брыжжейке отростка при его воспалении обнаружена довольно разнообразная и иногда очень вирулентная бактериальная флора (кишечная палочка, стрептококк, стафилококк, диплококк и др.).

Путем многочисленных исследований, подкрепленных бактериологическими данными, Ашоф установил, что самую важную роль как возбудитель аппендицита играют грампозитивные диплококки. Кишечная палочка и анаэробы, по его мнению, принимают участие в процессе дальнейшего воспаления, но считать их первичными возбудителями воспаления отростка до сего времени нет оснований.

При переходе инфекции на отросток со стороны придатков матки наиболее частым возбудителем воспаления Гриднев считает гонококк; не менее часто аппендицит присоединяется к септическому послеродовому тазовому перитониту (А. Н. Орлов).

Внедрению инфекций в отросток способствует целый ряд моментов. Из анатомических изменений известное значение в возникновении процесса имеют: подвижная слепая кишка, аномалии положения отростка, его загибы и перегибы, недостаточность заслонки Герляха и слабое развитие мышечного слоя отростка.

Мы обратили внимание, что на трупах с подвижной слепой кишкой имеются очень часто изменения со стороны аппендикса. Кроме того, подвижная слепая кишка способствует переходу воспаления с отростка на другие органы, о чем было сказано выше. Важную роль в воспалении червеобразного отростка играют каловые камни. Маленькие посторонние тельца в отростке: щетина, волосы, кусочки дерева, частицы растений, фруктовые косточки могут являться основным ядром для возникновения каловых камней. В просвете вокруг них откладываются мягкие каловые массы, которые скрепляются фосфорнокислой известью и трипельфосфатами и, приобретая плотную консистенцию, образуют настоящие каловые конкременты.

Форма, величина и количество каловых камней различны; по материалам прозектуры Вологодской губ. больницы, самый большой размер камня был: $1,5 \times 1,3$ см; в музее губ. лаборатории имеется камень с лесной орех величиной. Мы наблюдали отросток с тремя твердыми шлифованными камнями в просвете.

Закупоривая просвет аппендикса, они способствуют задержке секрета и микроорганизмов, которые в замкнутых полостях становятся патогенными (Dieulafoi) и вызывают воспаление. Сами камни не являются непосредственной причиной аппендицита (Ашоф). Гистологические исследования указывают на то, что слизистая оболочка там, где с ней непосредственно соприкасается каловый камень, никогда не имеет первичного скопления элементов воспаления и дефектов эпителия слизистой. Каловый камень, соприкасаясь со слизистой оболочкой, разглаживает и вытягивает ее, не нарушая ее целостности. Обычно первичный инфек-

локализуется на местах свободных поверхностей слизистой. При наличии воспаления в отростке, каловый камень усложняет течение процесса и ведет на местах соприкосновения с ним, вследствие нарушения кровообращения, к некрозу, иногда с последующей перфорацией стенки.

В музее губ. лаборатории имеется отросток длиной в 4,3 см, где на расстоянии 1,5 см от свободного конца имеется перфорация его с выпавшим через отверстие каловым камнем величиной немного менее горошины. Каловые камни часто смешивают с фруктовыми косточками, вследствие чего долгое время держалось ошибочное мнение, что косточки, особенно вишневые, играют большую роль в этиологии аппендицита. Посторонние мелкие тела, помимо указанной выше роли их в возникновении каловых камней, могут путем непосредственного нарушения слизистой оболочки в очень редких случаях вызвать воспаление отростка. Посторонние тела в просвете отростка мы наблюдали в 1,5% всех обследуемых случаев; это были: фруктовые косточки, зерна злаков, щетина, волосы, кусочки дерева. В одном из отростков обнаружен кусочек дерева, выполняющий весь просвет его.

Вопрос о значении различных кишечных паразитов в этиологии воспаления червеобразного отростка трактуется различно. Большинство авторов эту роль паразитов оценивает не очень высоко, другие считают, что кишечные паразиты могут создать входные ворота для бактерий (Wilson, Bukley, Coecil). Позднейшие работы Рейндорфа приписывают важную роль в этиологии аппендицита кишечным паразитам и особенно оксиурам. Рейндорф указал на повреждение эпителия слизистой оболочки, которое он рассматривает как следствие оксиуреза и считает его входными воротами для бактерий. Ашоф резко выступил против теории Рейндорфа и считает его оксиурные дефекты артефактами.

Оксиуры могут вызвать не только повреждение слизистой оболочки, но и проникать в глубь ткани. По нашим данным, оксиуры в просвете отростка обнаружены в 23%, а у детей в 41%, причем очень часто одновременно с присутствием оксиур имеется нарушение целостности эпителиального покрова. Яйца аскарид обнаружены в просвете отростка в 0,7%; по материалам прозектуры губ. больницы, аскариды в просвете отростка наблюдались в двух случаях на 1846 вскрытий (0,1%) и третий случай — из оперативного материала.

Проникновения оксиур в толщу аппендикса мы не видели, но наблюдали образование грануломы в стенке прямой кишки, вызванное внедрением оксиур.

Известную роль в возникновении аппендицита играет нарушение перистальтических движений кишечника, особенно ослабление этих движений, что ведет к застою содержимого в слепой кишке и отростке и усилению процессов брожения и гниения (Савков).

Грубая пища (черный хлеб, картофель, овощи), дающая большой остаток непереваренной пищи, требует большой работы

мускулатуры кишечника и противодействует запорам. Наоборот, пища, дающая мало непереваренных остатков, как, например, белый хлеб, мясо и пр., способствует вялости кишечника и ведет к запорам.

Многими отмечается, что при условиях военного времени, когда растительное питание преобладало, процент возникновения аппендицитов резко упал. С другой стороны д-р Знаменский отмечает, что в период германской войны, особенно в последние годы ее, когда имелась непривычная, почти без витаминов, однообразная пища, наблюдалось большое количество колитов, ведущих в дальнейшем к аппендицитам.

Из приведенного материала позволим себе сделать некоторые выводы.

1. Червеобразных отростков без патологических изменений крайне мало.

2. Общепринятая за последнее время патолого-анатомическая классификация аппендицита вполне исчерпывает все встречающиеся изменения в отростках.

3. Аппендицит является причиной целого ряда заболеваний органов брюшной полости и преимущественно придатков матки.

4. Кишечные паразиты, преимущественно острицы, играют известную роль в этиологии аппендицита, особенно у детей.

*Aus der Prosectur des Gouvernement-Krankenhauses in Wologda
(Prosector Dr. K. N. Miķhailov)*

Zur pathologischen Anatomie des Appendicitis und seinem Zusammenhange mit der Erkrankung anderer Organe

Dr. N. A. Sluginov und Dr. L. V. Proskuriakow

Das Material von 2408 Wurmvorsätzen, mittelst Operationen aus den chirurgischen und gynäkologischen Abteilungen des Krankenhauses in Wologda bekommen, ist auf pathologo-anatomische Weise, gemäss der Aschoffschen Klassifikation, welche alle beobachteten anatomischen und hystologischen Veränderungen im Wurmvorsatze vollkommen erschöpft, bearbeitet.

Der Appendicitis complicirt sich öfters durch Erkrankung anderer Organe der Bauchhöhle und grösstenteils der Uterusadnäxen, Darmparasiten, hauptsächlich Ostrizen, die besonders bei den Kindern eine gewisse Rolle spielen.

АБОРТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА

(На основании материала из губ. больницы) *

Д-р М. М. Содман

Вопрос об abortивном лечении сифилиса дискутируется давно; попытки оборвать его в первичной стадии и в первичной инкубации применялись давно, но все они терпели неудачи; помнится мне очень показательный случай, бывший в досальварсанную эпоху у проф. Мещерского; к нему пришел студент, имевший половое сношение с сифилитичкой, с просьбой предупредить развитие сифилиса: Мещерский и больной ждали обнаружения склероза; в первые же дни появления его склероз был вырезан и тотчас начато энергичное меркуриальное лечение; несмотря, однако, на принятые во-время меры, кондилломатозная стадия появилась.

С появлением нового специфического средства — сальварсана, abortирование сифилиса получило полное право гражданства; оно ведется в широком масштабе на всем земном шаре. Вопрос об обрывающем методе лечения, поставленный программным в 1924 году на II конгрессе дерматологов и сифилидологов в Страсбурге, был решен в положительном смысле. Не оправдалась „*therapia sterilisans magna*“ по отношению к сифилису вообще, но по отношению к трех-четыре-пятинедельной давности сифилиса она несомненно оправдалась. Об этом убедительно говорят постоянные реинфекции, которыми пестрят страницы специальных журналов и повседневная практика врачей; в 1924 году проф. Иванов сообщил о троекратной реинфекции больного, по отношению к которому применялось abortивное лечение.

Кугле говорит, что „судьба находящегося в первичном инкубационном периоде сифилиса находится в наших руках, и потому упущение первичной стадии у больного должно рассматриваться как тяжелая погрешность“. Известно, что изменение регионарных желез наступает не одновременно с появлением сифиломы, а в конце первой или в начале второй недели, следовательно, спирохеты из места своего внедрения не сразу выявляют себя в ближайших лимфатических железах; проходит несколько дней, и в крови можно найти единичные экземпляры спирохет, а через 7—8 недель имеется уже общий склераденит, организм насыщен спирохетами, и в то время как до 5 недель RW всегда серонегативна, на 7—8-й неделе она представляется определенно се-

* Сообщено в Вологодском научном обществе врачей 22 января 1926 года.

ропозитивной; отсюда ясно, насколько легко стерилизовать организм в первые 3—4 недели, когда спирохет в нем еще только отдельные экземпляры,⁴ и когда RW еще серонегативна, и насколько мало надежды оборвать болезнь в серопозитивной фазе.

Всех леченных по abortивному методу за полтора года с января 1924 года по июнь 1925 года было тридцать; из них только на шесть больных хочу пока обратить внимание; остальные все, проделавшие по одной реакции, давшей серонегативный результат, находятся под моим наблюдением.

I. Николай К., 24 лет. Поступил на амбулаторное лечение 7 октября 1923 года с диагнозом твердый шанкр полового члена; заметил язвочку через 1—3 недели после сношения с проституткой; на внутренней пластинке крайней плоти небольшая эрозия с ничтожным серозно-мутным отделяемым с плотным дном; 8 октября найдены бледные спирохеты; abortивное лечение состояло из 12 мышечных инъекций hydr. salicyl. 10% + 6,0 Neo. Уехавший на юг больной сообщил, что RW, проделанная через год после заражения, дала отрицательный результат.

II. Петр М., 25 лет. Считает себя больным три недели; в августе 1923 года имел сношение с проституткой, от которой и заразился; через две недели после сношения заметил на члене язвочку; последняя, величиной с горошину, хрящевой плотностью с незначительным серозным отделяемым, находится на краю крайней плоти; регионарные железы плотны, безболезненны. Лечение состояло из 12 мышечных инъекций 10% hydr. salic. и 5,55 Neo (7 вливаний); закончил лечение 17 ноября 1923 года. RW через месяц после лечения дала отрицательный результат; через год, 18 декабря 1924 года RW дала тот же результат.

III. Ка п-в, заметил язвочку на члене 9 июня 1924 года через 3 недели после сношения, бывшего 18 мая 1924 года с проституткой. Язва на уздечке в виде плотной эрозии, регионарные железы плотны. В reizserum найдены бледные спирохеты. Энергичное abortивное лечение, состоявшее из 12 инъекций hydr. salic. + 6,0 Neo. Три исследования на RW дали отрицательный результат, причем последнее произведено через год после заражения. В январе 1926 года RW — отрицательна.

IV. Гим., Николай, 38 лет. Поступил на амбулаторное лечение 28 марта 1924 года; считает себя больным 3 недели; на члене в желобке позади головки склероз. Найдены бледные спирохеты; жена его поступила через месяц после окончания им лечения с розеолой, разлитой по всему туловищу. Abortивное лечение, состоявшее из 12 инъекций hydr. salicyl. + 6,0 Neo. Два исследования на R.W. дали отрицательный результат; последнее было почти через год.

V. О. с., П. а. с. в. я., 25 лет; поступила на амбулаторное лечение 12 мая 1925 года с язвочкой на половых органах; последняя явилась через три недели после сношения с мужем, у которого в соке язвы найдены бледные спирохеты, и который тоже лечился по abortивному методу. В области ладьевидной ямки имеется инфильтрат с десятикопеечную монету; в центре находится эрозия, весь инфильтрат очень плотный, регионарные железы хрящевой плотности; проделано abortивное лечение, причем, вследствие стоматита, образовавшегося после немногих инъекций сулемы, больная стала получать исключительно Neo; всего она получила их 5,75. Лечение закончила 24 июня. Двукратное исследование дало отрицательные результаты, причем последняя реакция была через 3 месяца по окончании лечения.

VI. Иван Кр. поступил на стационарное лечение 17 декабря 1923 года с диагнозом твердый шанкр члена и хроническая гоноррея. Через 2—3 недели после сношения появилось в области hypospadias язвенное изменение с неглубоким дном, покрытым гнойным распадом; края и окружность язвы плотны, инфильтрированы, регионарные железы склерозированы. В reizserum найдены бледные спирохеты. Сделано 12 инъекций hydr. salic. 10% + Neo 6,0. 26 января 1924 года выписался из больницы без явлений сифилиса. 8 марта 1924 года RW отрицательная, через четыре месяца после 2 июня RW тоже отрицательна.

В заключение я должен сказать, что всем описанным больным было заявлено, что они в течение не менее двух лет должны быть под наблюдением врача и периодически исследовать кровь.

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ДАРЬЕ'

Д-р Д. С. Гинзбург

Болезнь Дарье (Darier), или, как она иначе называется, Psoriasis follicularis vegetans, относится к числу редких кожных болезней. Проф. Иордан в своей работе, помещенной в Dermatologische Wochenschrift за 1921 год, насчитывает лишь шесть случаев, описанных в русской литературе, и прибавляет к ним три своих наблюдения, из которых одно уже было описано ранее в числе упомянутых шести. В 1922 году д-р Ижевский описал свой случай из кожно-венерологической клиники I МГУ, считая его одиннадцатым. Полагаю поэтому нелишним дать описание случая, который я имел возможность наблюдать в 1924/25 году в кожно-венерологическом отделении Вологодской губ. больницы, и который представляет в клиническом отношении известный интерес даже в ряду немногочисленных случаев этого заболевания.

Болезнь Дарье характеризуется появлением на коже хронически протекающей узелковой сыпи, состоящей из мелких — от булавочной головки до чечевичного зерна — узелков желтоватобурого цвета. Узелки тверды на ощупь, покрыты трудно отторгаемой роговой чешуйкой (коркой), по снятии которой на коже остается углубление, а на чешуйке оказывается направленный вниз усик, соответствующий этому углублению. Узелки располагаются фокусно, но могут сливаться, причем картина поражения может изменяться в зависимости от локализации сыпи. В местах наибольшей потливости и соприкасающихся поверхностей кожи, как то в паховых сгибах, наблюдаются сосочковые разрастания, мокнущие на поверхности и издающие дурной запах. При поражении кожи головы на ней образуются элементы в виде бородавок, либо кожа напоминает простую себорею.

К характерным признакам болезни причисляют поражение ладоней и подошв, представляющееся в виде сплошного их ороговения, на котором в отдельных местах имеются округлые вдавления („куриный глаз“). Иногда поражаются ногти: утолщаются, мутнеют, получают продольную и поперечную исчерченность.

Болезнь во многих случаях носит наследственный или семейный характер. Часто у страдающих болезнью Дарье оказывается пораженной психика. Решающее значение в диагностике заболевания имеет патолого-гистологическое исследование, при котором находят в коже так называемые круглые тельца (corps ronds, grains Darier), принимавшиеся ранее самим Дарье за пси-

роспермии — возбудителей болезни и оказавшиеся скоплением дегенеративно-измененных клеток мальпигиевой сети (ср. Mollusc. contagios.).

Наш случай.

Б-ной К., крестьянин Вологодской губ. и уезда, 36 лет, поступил в Вологодскую губ. больницу 6 декабря 1924 года с жалобой на сыпь по всему телу, потливость в ногах и общую слабость. Родители больного умерли в преклонном возрасте, до старости были здоровы. Братья умерли, от чего — не знает. Сам больной рос здоровым ребенком, никаких болезней не перенес. Питается удовлетворительно. Женат. Жена здорова. Трое детей: 5, 3 и 1½ лет, все здоровы. Один ребенок (2-й беременности) умер 5 месяцев. Настоящее заболевание при незначительном количестве сыпи началось в десятилетнем возрасте, не сопровождаясь особыми расстройствами. В 1920 году перенес какое-то лихорадочное заболевание, во время которого сыпь распространилась по всему телу, за исключением ног. Через две недели лихорадочные явления прошли. Сыпь, однако, осталась, по словам больного, в таком же количестве, как в детстве. В конце 1923 года она снова стала распространяться. Последовательность распространения сыпи больной затрудняется восстановить. Года два назад стали утолщаться ногти. На общем состоянии болезнь стала сказываться легкой утомляемостью, слабостью, истощением, что следило больного совершенно нетрудоспособным к лету 1924 года и затем привело в больницу. Больной среднего роста, нормального телосложения, умеренного питания. Движения вялые, замедлены, автоматичны. Рассеянный взгляд. Вся поверхность кожи усеяна сыпью, распространенной симметрично и, в общем, довольно равномерно; лишь на отдельных участках элементы гуще или, наоборот, реже; местами характерных сыпинок не видно, — картина изменена. Ввиду повсеместного распространения сыпи оказывается более удобным указать места, свободные от высыпаний. Сыпи нет: в кубитальных складках, на локтях (радиусом сантиметра два), на коленях, ягодицах, половом члене, медиальной и латеральной поверхности стоп, на отдельных небольших резко очерченных участках в области лопаток, на кончике носа и на ушных мочках. Сыпи меньше: на коже лица, не покрытой волосами, на разгибательной поверхности плеч, в области дельтовидных мышц. На крыльях носа и носогубной складке большое число сильно расширенных фолликулов в виде черных точек.

Основной элемент поражения — конусовидный, местами уплощенный узелок невоспалительного характера, величиной от булавочной головки до небольшой горошины. Элемент округлых очертаний серовато-коричневого цвета (старые элементы темнее, свежие — светлее, с розоватым оттенком), твердый и жирный на ощупь, покрытый толстой роговой чешуйкой. Снять чешуйку удается с трудом, причем, если чешуйка снимается, не разрушаясь, то на нижней ее поверхности оказывается небольшой шпик, а на коже соответственно ему остается углубление; при насильственном отторжении чешуйки из упомянутого углубления показывается кровь, а чешуйка распадается. Внедрение роговых усиков в кожу отчетливо видно на микрофотоснимках. * Некоторые из элементов не выдаются над поверхностью кожи и представляются в виде небольших пигментированных пятнышек; только при проведении рукой можно нащупать под ними твердые узелки. Расположение элементов отчетливо фокусное (что придает коже пятнистый вид). Довольно часто попадают пиодермиты, импетигиозные корки. На местах значительного распространения элементов последние сплошь покрыты толстыми роговыми наслоениями, и подлежащая кожа инфильтрирована. Такой вид имеют разгибательная поверхность предплечий, кистей и пальцев рук, нижние две трети нижних конечностей, кожа волосистой части лица, волосистая часть головы сплошь покрыты толстым роговым, желтовато-серым слоем, бугристым по поверхности, особенно утолщенным в области темных костей и постепенно убывающим по направлению к краю волос. От темени влево и впереди сантиметра на полтора имеется приподнятие кожи, покрытое коркой величиной с серебряный полтинник, при надавливании из-под корки сочится гной. Волосы на голове разрежены, растут кустиками из углублений между соприкасающимися корками, направлены перпендикулярно к поверхности кожи наподобие щетки, несколько истончены. В подмышечных впадинах группа разросшихся тесно сидящих и соприкасающихся элементов несколько бледней по цвету

* По техническим условиям эти микрофотоснимки здесь не помещаются.

вследствие набухания рогового покрова от смачивания потом. В пахах, пахomoшочной области и далее, продолжаясь в межъягодичную складку, поражение представляется в виде вегетирующего мокнущего сосочкового разрастания, местами отделяющего гной и издающего неприятный запах. Кожа ладоней уплотнена, ороговела. Поверхность их испещрена многочисленными вдавлениями и беловатыми точками. Поясничной и крестцовой отделы кожи резко пигментированы (в виде равнобедренного треугольника, вершина которого скрывается в ягодичной складке). Нерезко выраженный зуд. Ногти на руках и ногах сильно утолщены, разрыхлены, хрупки; имеют продольную и поперечную исчерченность, по краям обломаны. На безымянном пальце левой руки ноготь совершенно разрушен. Слизистая твердого нёба покрыта многочисленными мелкими узелками. Подкожная клетчатка среднего развития.

Гистологическое исследование биопсированного кусочка кожи, произведенное в губ. сан.-бактериологической лаборатории, дало следующую картину. Роговой слой с отслаивающимися чешуйками утолщен. Мальпигиев слой глубоко проникает в дерму, разрыхляя ее волокна, вследствие чего образуется картина в виде круглых ячеек с розовыми перемычками, в ячейках — желтая масса клеток эпителия. В нижних слоях мальпигиева слоя в клетках имеется бурная мелкая зернистость. Местами эпителиальные клетки представляются в виде небольших округлой формы скоплений пузырькообразных клеток с блестящей протоплазмой и небольшим мутным ядром; частью такие клетки ядра не имеют, но в протоплазме их находятся очень мелкие пылеобразные буроватые включения. Такие образования в общем срезе представляются более блестящими, буроватой окраски. Окружающие их клетки светлее по окраске, имеют неодинаковую величину, округлой или немного вытянутой формы. Местами такие блестящие участки имеют большую величину неправильной вытянутой формы с извилинами и выступами. В центре таких скоплений имеются пустоты и бесструктурная масса желтого цвета, в которой видны бурные тонкие сети, являющиеся как бы очертаниями клеток, но ядер или каких-либо включений не видно. Ближе к периферии этих участков появляются уже ясные контуры клеток частью без ядер, частью с пузырькообразными и мутными ядрами, в некоторых клетках ядро имеет пылеобразные бурые включения.

Лимфатические железы повсюду припухли и тверды на ощупь, но не спаиваются ни с вышележащими, ни с подлежащими тканями, ни между собой. Безболезненны. Мышцы слабоваты. Выполнять крестьянскую работу больной не в состоянии. Движения в суставах сохранены полностью. Сердце и сосуды в норме. Т° 37,0 — утром, 37,6—38,0 — вечером. Со стороны органов пищеварения и дыхания отклонений от нормы нет. Печень и селезенка нормальных размеров. Двукратное исследование мочи не обнаружило в ней ничего патологического. Потоотделение усилено. Нервная система и психика: больной чувствует себя как бы связанным. Жалуется на слабую память. Автоматически и вяло отвечает на вопросы. Рассеянный взгляд. „Дебильная“ улыбка. Из нормальных рефлексов не получены подошвенный и кремастера. Белый дермографизм. Отчетливых уклонений со стороны психики нет. Органы чувств: слух понижен. В остальном норма. Морфологическая картина крови: гемоглобина 75%; эритроцитов 4 900 000; лейкоцитов — 4760; Отношение 1 : 1029. Формула крови: полинуклеаров — 60%; эозинофилов 2%; больших лимфоцитов 10%; малых лимфоцитов 6%; переходных форм 12%. На окрашенных препаратах мазков крови со стороны красных кровяных шариков ничего патологического не отмечается. Таким образом в крови приходится отметить лишь увеличение количества переходных форм лейкоцитов (и уменьшение числа лимфоцитов).

Клиническая картина болезни Дарье весьма характерна, диагноз напрашивался сам собой. Никакие другие кожные страдания для сравнения не подходили. Гистологическое исследование кусочка кожи с узелком вполне подтвердило диагноз (см. выше).

Сколько-нибудь действительных средств для лечения псороспермоза пока не предложено. В единичных случаях наблюдали улучшение от мышьяка (Поспелов, Главче). Временное и кажущееся облегчение приносило лечение радием (Иордан). Некоторые авторы, указывая на связь заболевания с расстройством функции щитовидной железы, рекомендуют соответствующее

органолептическое лечение. За время пребывания К. в больнице (с 6 декабря 1924 года по 2 апреля 1925 года) были испытаны азиатские пилули, затем больной получил 6 вливаний неосальварсана в возрастающих дозах — от 0,45 до 0,9. Был испробован тиреоидин. Назначали и фовлеров раствор. В продолжение всего времени больной получал ванны — вначале 2, затем 3 раза в неделю. Наружно применялась 1% резорциновая мазь с 5% содержанием салициловой кислоты и liq. Vugowii на мокнущие разрастания в пахах. Следует отметить, — на что уже было обращено внимание другими авторами (Ижевский), — своеобразные колебания сыпи. Временами казалось, что количество сыпи у больного уменьшается, что самые узелки дедаются меньше; получалось впечатление, что кожа очищается, но на другой, на третий день оказывалось, что сыпь гуще и элементы крупней.

Больной выпи́сался с несколько улучшенным общим состоянием и самочувствием, но без всякого улучшения кожной болезни. На слизистой рта количество сыпи даже увеличилось. Поверхность языка покрыта гипертрофированными нитевидными сосочками с ясно намеченными бороздками, идущими в различных направлениях. Вторично больного пришлось наблюдать через полгода. В общем его состоянии за это время особых изменений не наступило, сыпи стало больше. Зуд оставался. Были применены внутривенные вливания 10% раствора бромистого натра, 10% раствора хлористого кальция. То и другое многократно и в возрастающих дозах, — но безрезультатно.

Наш случай представляет несомненный клинический интерес: 1) по распространению поражения, захватившего почти всю поверхность кожи, что составляет исключительную редкость; 2) по чрезвычайно рельефно выраженным и многочисленным характерным признакам болезни: характер сыпи, мокнущие вегетации в пахах, поражения ногтей, ладоней („куриный глаз“), кожи головы, некоторая психическая деби́льность; 3) по поражению слизистой оболочки полости рта, что встречается редко; 4) по благополучной наследственности; 5) по тому, что общее острое заболевание может послужить толчком к развитию и генерализации процесса при болезни Дарье, как в нашем случае; 6) по сопровождающему сыпь ощущению зуда, который может колебаться в своей интенсивности или вовсе отсутствовать; 7) по наблюдавшимся скоропреходящим колебаниям в картине сыпи: временное уменьшение и увеличение количества элементов; 8) по преимущественному разрастанию элементов поражения соответственно волосным фолликулам и, главным образом, в местах роста толстых волос (волосистая часть головы, усы, борода, подмышечные впадины, разгибательная поверхность предплечий и др.), хотя поражение локализовалось и на участках, свободных от волос: ладони, слизистая оболочка рта, как это отмечали многие авторы; наконец 9) по типичной гистологической картине.

Думаю, что все это оправдывает мое желание поделиться своим наблюдением и прибавить его к казуистике этой интересной болезни.

ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ГУБЕРНИИ ПО ДАННЫМ ПЕРЕПИСЕЙ 1897, 1917, 1920 И 1923 ГГ.

Краткий очерк

Д-р Н. В. Фалин

В результате всесоюзной демографической переписи 1926 года, по разработке ее данных, мы, несомненно, будем располагать свежим статистическим материалом большого значения для построения наших планов строительства здравоохранения в губернии. Данные этой будущей переписи, конечно, потребуют для получения тех или иных выводов сопоставления их с результатами предыдущих переписей, но у нас никакой предварительной работы, чтобы облегчить это сравнение, не проведено. Ввиду этого я и нашел необходимым составить, хотя бы в самых общих чертах, краткий очерк движения населения губернии по данным предыдущих переписей. Считаю себя счастливым, что могу поместить его в настоящем сборнике, посвященном памяти безвременно угасшего талантливого хирурга Павла Павловича Мокровского, который спас своим искусством от верной смерти многих людей и тем самым оказал известное влияние на понижение общей цифры смертности по губернии, но, спасая других, сгорел на работе сам и увеличил почетной единицей число умерших по г. Вологде в 1924 году.

Столь легкая, казалось бы с первого взгляда, задача — дать самый краткий очерк движения населения губернии по данным переписей с 1897 года — на самом деле становится довольно затруднительной, когда, изучая материал, устанавливаешь, что за истекший период территория губернии изменилась, и население подвергалось целому ряду могущественных социальных и экономических влияний; и не только общая территория губернии изменилась, но изменилось и соотношение территорий отдельных уездов между собою; в уезды влились новые участки территории из других губерний, и, наоборот, части, составлявшие неразрывное целое в течение свыше ста лет, были отделены друг от друга и приданы к другим административным единицам, другим уездам своей или других губерний. На население в течение периода 1897—1925 гг. действовали не только войны, изменения социально-экономических условий, но и причины естественно-исторические, так или иначе влиявшие на основной жизненный нерв народа — земледелие.

В состав Вологодской губернии во время первой всероссийской переписи в 1897 году входило десять уездов, но уже в 1918 году, в августе пять северо-восточных уездов — Великоустюжский, Сольвычегодский, Никольский, Яренский и Устьысольский — были выделены в состав вновь образованной Северодвинской губернии, где они впоследствии были также разделены, причем Устьысольский и часть Яренского уезда отошли к области Коми.

В 1919 году из состава Олонецкой губернии к Вологодской был придан Каргопольский уезд, а в 1924 году Грязовецкий уезд был слит с Вологодским. Помимо этих крупных территориальных изменений, было много и других, не столь значительных. Сюда необходимо причислить отнесение большой Шуйской волости из Тотемского уезда в Грязовецкий, придание к Каргопольскому уезду частей Пудожского уезда и к Кадниковскому — частей б. Новгородской губернии и т. д. Ввиду этих обширных изменений поневоле приходится иногда ограничиться приведением здесь общегубернских данных, допускающих возможность удобного сравнения, причем Каргопольский уезд приходится частично исключить из рассмотрения и иметь дело лишь главным образом с пятью уездами прежней Вологодской губернии. По переписи 1897 года население пяти старых уездов Вологодской губернии с Каргопольским уездом равнялось приблизительно 798 072 чел. В 1917 — в год выхода России из мировой войны — оно на основании данных переписи составляло 968 368 чел., а в 1920 году — 890 429 чел. Располагая более или менее полными данными о естественном движении населения губернии, я и не имею данных о механическом движении населения губернии за указанный период 1897—1923 гг., как в общей сумме, так и по отдельным годам и могу высказать потом, при анализе цифрового материала, кой-какие свои соображения. Относительно периода 1897—1913 гг. я могу только предполагать, что колебания механического движения населения губернии до вступления России в мировую войну вряд ли были значительными, так как в отчетах Губернского статистического комитета нет упоминания о значительных приливах или отливах населения. С вступлением в мировую войну как естественное, так и механическое движение населения губернии подверглось весьма резким колебаниям, но, к сожалению, я не мог представить этих колебаний в соответствующих коэффициентах, — как бы следовало, — за недостатком у меня времени.

Прежде чем приступить в дальнейшем изложению, во избежание недоразумений оговорюсь, что буду оперировать с населением уездов в границах 1897 года, и приводимые мною цифры будут, конечно, разниться от тех, какие приводятся теперь, — когда территория губернии перекроена, — статистическими органами. Кроме того, за недостатком времени и сложностью работы, я учитывал только крупные территориальные изменения и не учитывал мелких.

Сначала я приведу данные по городам губернии, а потом уже общие поуездные данные без городов.

ГОРОДА

В нижепомещенных таблицах, как приводятся абсолютные числа населения по городам губернии в годы переписей (1897, 1917, 1920 и 1923), так даются, в процентах, и сравнительные числа прироста или убыли городского населения.

1. Абсолютные числа населения городов губернии

Города губернии	1897 год			1917 год			1920 год			1923 год		
	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего
Вологда .	14042	13663	27705	32413	37251	69664	23029	23952	46981	25408	27456	52864
Грязовец .	1510	1695	3205	1776	2348	4124	1807	2331	4138	2261	2584	4845
Тотьма .	2695	2252	4947	2037	2477	4514	2379	2942	5321	2642	3100	5742
Вельск .	985	1004	1989	1420	1534	2954	1167	1496	2663	1526	1767	3293
Кадников .	1189	1217	2406	813	1216	2029	928	1212	2140	1074	1293	2367
Каргополь .	1564	1493	3057	1015	1351	2366	1501	1810	3311	1626	1912	3538
Итого .	21985	21324	43309	39474	46177	85651	30811	33743	64554	34537	38112	72649

Просматривая эту таблицу, мы видим, что общая численность городского населения в губернии в 1923 году по сравнению с 1897 годом значительно увеличилась (на 67⁰/₁₀₀), за исключением г. Кадникова, где устанавливается по сравнению с 1897 годом во все три переписи 1917, 1920 и 1923 гг. — убыль населения. Особенно увеличилось число городского населения по сравнению с 1897 годом в 1917 году (на 97,8⁰/₁₀₀), когда в губернии за рассматриваемый период 1897—1923 гг. городского населения было всего больше. В этом увеличении играло главную роль возрастание (на 151,5⁰/₁₀₀) населения губернского центра — г. Вологды — в связи с обстоятельствами военного времени (беженцы из фронтовой полосы, пленные, нахождение в городе воинских частей, эвакуационного пункта и приданных к нему госпиталей и т. д.). В 1920 году число населения в Вологде уже значительно уменьшилось (по сравнению с 1917 годом на 32,6⁰/₁₀₀) в связи с эвакуацией беженцев, свертыванием госпиталей и отъездом части населения в другие местности республики, — последнее в известной части зависело от усиления в г. Вологде жилищного кризиса. В числе причин этого кризиса сыграл свою роль бывший 1 августа 1920 года значительный пожар, когда погибло около 200 жилых домов. Затем на отлив населения влияли, вероятно, и другие причины. Например: ранее в губернском городе проживало значительное количество прислуги, а также черноработчи, вербовавшихся из крестьян, приходивших в город на заработки. В силу продовольственного кризиса в г. Вологде и отсутствия заработков, часть насе-

ния, не потерявшая связи с деревней, отлила обратно туда, где она могла кормиться. Нельзя не отметить также в числе этих причин и повышения смертности в связи с развитием паразитарных тифов и недостаточным питанием населения. В период с 1922 года, т.-е. с улучшением общего экономического положения, когда города стали вновь притягивать к себе ищущих заработков, число жителей губернского города увеличилось, несмотря на то, что в Вологде, в связи со стихийным наплывом беженцев из голодавших Вятской и Пермской губерний, пришлось пережить вновь громадную эпидемию паразитарных тифов, оставившую за собой позади таковые 1919 и 1920 годов по числу жертв.

Обращаясь к другим городам губернии, мы отметим следующее: в Грязовце и Вельске в 1917 году население мужского пола увеличилось, тогда как в Кадникове, Тотьме и Каргополе оно уменьшилось. Как в том, так и в другом случаях причиной были военные обстоятельства. В последних трех городах уменьшение числа мужского населения, несомненно, зависело от призыва мужчин на войну, и в первых двух городах мужское население должно было также уменьшиться, но в Грязовце, в связи с размещением там госпиталей, лазаретов и небольших воинских частей, этой убыли мужского населения незаметно, равно как и в Вельске, где увеличение мужского населения также объясняется военными обстоятельствами.

Количество женского населения резко уменьшилось по Вологде в 1920 году. По другим городам резких колебаний в количестве женского населения не наблюдается. Число женского населения все время постепенно возрастает в Тотьме, а также в Грязовце, Вельске и Кадникове, в последних трех—за исключением 1920 года, когда отмечается некоторое понижение против 1917 года; в Каргополе оно в общем также прибывало, за исключением 1917 года, когда по сравнению с 1897 годом констатируется уменьшение числа лиц женского пола.

II. Прирост (+) и убыль (—) городского населения (в процентах по отношению к данным 1897 года)

Города	1917 год			1920 год			1923 год		
	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
Вологда .	+ 130,8	+ 173,4	+ 151,5	+ 64,0	+ 75,9	+ 60,9	+ 80,9	+ 100,9	+ 90,8
Грязовец .	+ 17,6	+ 38,5	+ 28,6	+ 19,7	+ 37,5	+ 29,1	+ 49,7	+ 52,5	+ 51,2
Кадников .	— 31,6	— 0,1	— 15,7	— 22,0	— 0,4	— 11,1	— 9,7	+ 6,2	— 1,6
Тотьма .	— 24,4	+ 10,0	— 8,8	— 11,8	+ 30,6	+ 7,6	— 2,0	— 38,0	+ 16,1
Вельск .	+ 44,2	+ 52,2	+ 48,1	+ 18,5	+ 49,0	+ 33,9	+ 54,9	+ 76,0	+ 65,6
Каргополь .	— 35,1	— 9,5	— 22,6	— 4,0	+ 21,2	+ 8,3	+ 4,0	+ 28,0	+ 15,7
Среднее по городам .	+ 79,6	+ 116,5	+ 97,8	+ 40,1	+ 58,2	+ 49,1	+ 57,1	+ 78,7	+ 67,7

III. Взаимное соотношение в городском населении лиц женского и мужского полов по годам переписей

(общее количество населения в каждом городе принято в соответствующий год за 100)

Города	1897 год	1917 год	1920 год	1923 год
	в процентах			
	муж/жен.	муж/жен.	муж/жен.	муж/жен.
Вологда	50,7/49,3	46,5/53,5	49,0/51,0	48,1/51,9
Грязовец	47,1/52,9	43,1/56,9	43,7/56,3	46,7/53,3
Кадников	49,4/50,6	40,2/59,8	43,4/56,6	45,4/54,6
Тотьма	54,5/45,5	45,1/54,9	44,7/55,3	46,0/54,0
Вельск	49,5/50,5	48,4/51,6	43,8/56,2	46,3/53,7
Каргополь	51,2/48,8	42,9/57,1	45,3/54,7	46,0/54,0
В среднем по городам губернии	50,8/49,2*	46,1/53,9	47,7/52,3	47,5/52,5

Примечание: Числитель — число лиц мужского пола в процентах, знаменатель — лиц женского пола.

В этой табличке обращает на себя внимание преобладание в городах в среднем по губернии в 1897 году мужского населения над женским, за исключением Грязовца, Кадникова и Вельска. С 1917 года устанавливается повсеместное преобладание в городах женского населения над мужским.

В 1920 году в городах наблюдается по сравнению с 1917 годом, за исключением Вологды и Вельска, — прибыль населения; в 1923 году также всюду, кроме Вологды, прибыль (см. табл. IV):

IV. Прирост и убыль населения в городах (в процентах)

Города	1917—1920 годы			1917—1923 годы			1920—1923 годы		
	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
Вологда	— 29,5	— 35,7	— 32,6	— 21,6	— 26,3	— 24,1	+ 10,3	+ 14,6	+ 12,5
Грязовец	+ 1,7	— 0,7	+ 0,3	+ 27,3	+ 10,1	+ 17,5	+ 25,1	+ 10,9	+ 17,1
Кадников	+ 14,1	— 0,3	+ 5,5	+ 32,1	+ 6,3	+ 16,7	+ 15,7	+ 6,7	+ 10,6
Тотьма	+ 16,8	+ 18,8	+ 17,9	+ 29,7	+ 25,2	+ 27,2	+ 11,1	+ 5,4	+ 7,9
Вельск	— 17,8	— 2,5	— 9,9	+ 7,5	+ 15,2	+ 11,5	+ 30,8	+ 18,1	+ 23,7
Каргополь	+ 47,9	+ 34,0	+ 40,1	+ 60,2	+ 41,5	+ 49,5	+ 8,3	+ 5,6	+ 6,8
В среднем по губернии	— 21,9	— 26,9	— 24,6	— 12,5	— 17,5	— 15,2	+ 12,1	+ 12,9	+ 12,5

В сравнении с данными 1920 года населения в 1923 году всюду прибыло, но в особенности в Вельске.

Чтобы подойти ближе к вопросу о том, каким путем, естественным или механическим, увеличивалось или уменьшалось население городов, необходимо учесть движение в них населения.

В таблице V и следующих приведены данные естественного движения населения городов, начиная с 1897 года. По Каргополю мне, к сожалению, не удалось получить полных данных естественного движения городского населения ко времени составления настоящего очерка (до 1919 года Каргопольский уезд входил в состав Олонецкой губернии). Я считаю не лишним привести здесь цифровые данные о естественном движении городского населения более подробно, так как в настоящее время они мало доступны местным работникам и широкой публике, будучи распылены по всякого рода специальным изданиям, отчасти сделавшимся уже библиографической редкостью.

ВОЛОГДА

По данным естественного прироста г. Вологды, к 1917 году в ней должно было быть 35 589 чел. населения, т.-е. на 28,4% больше, чем в 1897 году, тогда как на самом деле население города выросло до 69 664 чел., т.-е. увеличилось на 151,5%. Таким образом рост населения города на 123,1% зависел от механического прироста. В среднем за 20 лет население города увеличилось путем естественного прироста на 1,42% в год и на 6,15% путем механического, в общем на 7,57% ежегодно. Это вычисление однако не вполне точно, так как в действительности население Вологды резко увеличилось с 1906 года * и в 1916 году. О причинах последнего увеличения сказано выше. За последующее первое трехлетие с 1917 года по 1919 год путем естественного прироста город увеличился на 526 чел., т.-е. всего на 0,75%, или в среднем на 0,25% ежегодно. Естественный прирост, достигавший в 1912 году 679 чел. и в 1914 году — 894 чел., с 1917 года резко падает — в два-три раза и, наконец, в 1919 году сменяется значительной убылью вследствие эпидемии паразитарных тифов и других неблагоприятных моментов.

Во второе трехлетие 1920—1922 убыль населения вследствие превышения смертности над рождаемостью продолжается и за три года равна 2744 чел., что составляет к населению 1920 года (46 981 чел.) — 5,8%. Особенно тяжелым из этого трехлетия явился 1922 год, когда массы голодающего населения, главным образом из Вятской губернии, в поисках хлеба стихийным потоком двинулись по железнодорожному пути Вятка — Вологда в город Вологду и Вологодскую губернию. Заболеваемость сыпным тифом среди беженцев была чрезвычайно высокой, и в общем числе умерших по Вологде было зарегистрировано много этих беженцев, ввиду чего в цифру смертности по Вологде в 1922

* Открытие железнодорожных мастерских.

V. Город Вологда

Годы	Число браков	Родилось			Умерло			Прирост + убыль
		муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	
1897	191	444	420	864	373	322	695	+ 169
1898	171	453	469	922	427	414	841	+ 81
1899	170	484	474	958	351	324	675	+ 283
1900	182	485	439	924	424	362	786	+ 138
1901	186	518	514	1032	432	376	808	+ 224
1902	193	546	546	1092	447	445	892	+ 200
1903	210	577	556	1133	499	429	928	+ 205
1904	180	587	636	1223	541	439	980	+ 243
1905	169	570	553	1123	448	415	863	+ 260
1906	292	728	714	1442	570	472	1042	+ 400
1907	311	858	795	1653	565	476	1041	+ 612
1908	314	778	782	1560	686	568	1254	+ 306
1909	313	869	867	1736	810	572	1382	+ 354
1910	305	911	861	1772	726	549	1275	+ 497
1911	271	927	886	1813	653	518	1171	+ 642
1912	307	973	894	1867	658	530	1188	+ 679
1913	311	937	999	1936	623	516	1139	+ 797
1914	254	1025	1006	2031	625	512	1137	+ 894
1915	260	1139	1113	2252	856	677	1533	+ 719
1916	261	1086	1000	2086	1088	817	1905	+ 181
Итого за 20 лет	4851	14895	14524	29419	11802	9733	21535	+ 7884
1917	389	1016	1004	2020	978	720	1698	+ 322
1918	701	807	788	1595	773	618	1391	+ 204
1919	1050	681	668	1349	1018	937	1955	— 606
Итого за 3 года	2140	2504	2460	4964	2769	2275	5044	— 80
1920	886	840	818	1658	1381	1008	2389	— 731
1921	788	753	744	1497	1028	787	1815	— 318
1922	657	678	665	1343	1717	1321	3038	— 1695
Итого за 3 года	2331	2271	2227	4498	4126	3116	7242	— 2744
1923	703	934	843	1777	721	597	1318	+ 459
1924	671	938	903	1841	685	594	1279	+ 562
1925	592	948	918	1866	585	494	1079	+ 787
Итого за 3 года	1966	2820	2664	5484	1991	1685	3676	+ 1808
Всего с 1897 по 1925 год	11288	22490	21875	44365	20688	16809	37497	+ 6866

году нужно внести корректив в смысле, того, что смертность 1922 года не выражает собой точной цифры смертности постоянного городского населения. Кроме сыпного тифа, многие беженцы пали жертвами дизентерии, бактериологически и патолого-анатомически установленной, имевшей чрезвычайно злокачественный характер и протекавшей при своеобразной клинической картине с почти полным отсутствием крови в испражнениях.

Эта стихийная волна беженцев, достигшая Вологды и распавшаяся отсюда по ближайшим уездам, оставила в Вологде своих больных, часть которых умерла в местных госпиталях и попала в регистрацию умерших по городу. Выяснить цифру умерших беженцев не представляется теперь возможным. Можно только приблизительно, с очень большими оговорками, признать, что число умерших беженцев было не менее 1000 чел., а вероятно гораздо больше и колебалось в пределах от 1000 до 1700 чел. Сколько из этого числа погибло от паразитарных тифов, сколько от дизентерии и других инфекций, сказать очень трудно. Принимая число умерших беженцев приблизительно не менее 1000 чел., я исхожу из тех соображений, что в 1919 году — в разгар эпидемии паразитарных тифов — Вологда дала общую смертность в 1955 чел., причем тогда было в значительной части поражено постоянное городское население, как и в 1920 году. В 1922 году постоянное население города в массе своей уже переболело сыпным тифом и было не так восприимчиво к новой повторной инфекции, затем и само-то население по численности было гораздо меньше, чем в 1919—1920 годах. Таким образом, я думаю, что 2000 смертных случаев для Вологды в 1922 году является максимальной предельною цифрой, и не менее 1000 случаев приходится отнести на долю беженцев. Как бы то ни было, за трехлетие 1920—1922 мы имеем убыль населения с вышеприведенными оговорками и поправками не менее 1000—1700 чел., и в 1923 году по естественному приросту можно было бы ожидать, что число жителей города будет около 45 тыс. чел. с лишком. По переписи же 1923 года в городе оказалось 52 864 чел., так что город к 1923 году путем механического прироста увеличился на 6—7 тыс. чел. За последнее трехлетие—1923—1925 — в связи с улучшением общего экономического положения республики опять устанавливаются более нормальные соотношения рождаемости и смертности, и в итоге получается прибыль населения естественным путем в общей сумме за трехлетие 1808 чел., или в среднем около 600 чел. в год.

За 1926 год прирост (естественный) населения был 608 чел. Следовательно, руководствуясь данными естественного прироста, мы в праве были бы ожидать к 1927 году число населения равным 55 280 чел. В настоящее время, когда пишется этот очерк, еще нет точно установленных данных числа жителей по всесоюзной переписи 17 декабря 1926 года, а имеются только самые предварительные итоги. Эти итоги показывают общее число жителей города в 57 081 чел. Значит за четырехлетие

с 1923 по 1926 год мы имеем по Вологде механический прирост приблизительно в 1801 чел., т.-е. население города в среднем увеличивалось на 450 чел. ежегодно. Таким образом последнее четырехлетие характеризуется по этим предварительным данным тем, что естественный прирост вдвое превышает механический, и город растет очень медленно, причем жилищный кризис, вероятно, играет не последнюю роль в задержке роста населения. Частично этот механический прирост можно объяснить тем, что в город прибыли некоторые новые учреждения, например, различные окружные управления и т. д.

ГРЯЗОВЕЦ

К 1917 году население гор. Грязовца путем естественного прироста увеличилось на 590 человек, и, следовательно, число населения города в 1917 году должно было бы равняться 3795 чел. по переписи же 1917 года населения было 4124 чел., т.-е. на 329 чел. (10%) больше. Другими словами, город увеличивался путем естественного прироста на 0,92% и механического — на 0,51%, или в общей сумме на 1,43% ежегодно. Слабый рост этого города объясняется близостью губернского центра (44 версты) и тем, что какого-либо значительного экономического центра город никогда собою не представлял, а был простым административным центром. Конечно, в цифру механического прироста надо внести небольшой корректив в сторону увеличения, так как неизвестная нам часть этого прироста пошла на пополнение убыли и призыва коренного мужского населения города в ряды армии. За следующее трехлетие город в отношении естественного прироста имел убыль (эпидемия паразитарных тифов), которую трудно определить, так как у нас нет точных данных естественного движения по Грязовцу за 1918 год, равно как и по другим уездным городам, и можно лишь с некоторой вероятностью предполагать, что рождаемость и смертность за этот год не только не превышали цифр 1919 года, когда было наиболее сильное развитие паразитарных тифов, а были даже несколько ниже. Численность городского населения с 1917 по 1920 год оставалась почти стационарной. Исходя из этих соображений, я принимаю для 1918 года средние цифры рождаемости и смертности между 1917 и 1919 годами. В первые два года следующего трехлетия — с 1920 по 1922 — смертность превышает рождаемость, что объясняется заносом паразитарных тифов вятскими беженцами. В общем за трехлетие естественный прирост ничтожен, равняясь всего 19 чел. В 1922 году население города, принимая во внимание только естественный прирост, должно бы равняться 4157 чел., в действительности же по переписи 1923 года население увеличилось на 688 чел., т.-е. на 16,6% за счет механического прироста. Следовательно население города увеличивалось на 5,5% в среднем в год. Последнее трехлетие — 1923—1925 — дает для Грязовца уже естественный прирост населения, а именно всего 263 чел., что составит 5,4% или 1,8% ежегодно в среднем.

VI. Город Грязовец

Годы	Число браков	Р о д и л о с ь			У м е р л о			Прирост + убыль —
		муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	
1897	20	37	54	91	40	38	78	+ 13
1898	13	48	34	82	26	41	67	+ 15
1899	17	45	31	76	29	11	40	+ 36
1900	11	37	42	79	36	29	65	+ 14
1901	16	42	36	78	46	36	82	— 4
1902	24	36	48	84	37	37	74	+ 10
1903	14	43	47	90	44	40	84	+ 6
1904	9	52	42	94	27	37	64	+ 30
1905	14	45	35	80	32	30	62	+ 18
1906	16	44	53	97	31	33	64	+ 33
1907	17	50	49	99	43	30	73	+ 26
1908	10	46	51	97	45	36	81	+ 16
1909	21	74	79	153	69	67	136	+ 17
1910	31	144	146	290	32	19	51	+ 239
1911	15	35	27	62	40	35	75	— 13
1912	18	40	52	92	32	36	68	+ 24
1913	218	103	82	185	94	64	158	+ 27
1914	26	87	79	166	83	60	143	+ 23
1915	13	92	87	179	68	56	124	+ 55
1916	10	103	86	189	95	89	184	+ 5
Итого за 20 лет .	533	1203	1160	2363	949	824	1773	+ 590
1917	34	129	118	247	134	123	257	— 10
1918	57	118	123	241	143	129	272	— 31
1919	79	107	128	235	151	136	287	— 52
Итого за 3 года .	170	354	369	723	428	388	816	— 33
1920	83	92	78	170	52	41	93	+ 77
1921	83	83	68	151	51	54	105	+ 46
1922	83	109	115	224	175	153	328	— 104
Итого за 3 года .	249	284	261	545	278	248	526	+ 19
1923	90	197	174	371	127	105	232	+ 139
1924	69	111	98	209	69	59	128	+ 81
1925	51	101	78	179	81	55	136	+ 43
Итого за 3 года .	210	409	350	759	277	219	496	+ 263
Всего с 1897 по 1926 год .	1162	2250	2140	4390	1932	1679	3611	+ 779

Примечание: Сведения о движении населения по уездным городам за 1918 год выделить особо нельзя, так как они даны только в поуездных итогах. Здесь подставлены средние цифры между 1917 и 1919 годами. Так же поступлено и в отношении других уездных городов.

КАДНИКОВ

По данным естественного прироста население г. Кадникова до 1917 года увеличилось на 237 чел. Таким образом население города должно было бы равняться по меньшей мере 2643 чел., но на самом деле население Кадникова равнялось в 1917 году 2029 чел., т.-е. фактически имела место очень большая для такого городка механическая убыль населения, равнявшаяся 614 чел., что является, главным образом, следствием механической убыли мужского населения, которое уменьшилось почти втрое по сравнению с убылью женского населения. С 1917 года по 1920 год население города уменьшается и естественным путем. К сожалению, у нас нет по Кадникову данных естественного движения за 1918 год. Если же подставить средние величины между 1917 и 1919 годами, то мы получим уменьшение за трехлетие на 81 чел. или около 4%. Поэтому мы в праве были бы ожидать в 1920 году населения в 1948 чел., фактически же имеем 2140 чел., т.-е. город увеличился путем механического прироста на 192 чел. (около 9%).

Естественная убыль населения вследствие превышения смертностью рождаемости была очень значительной и в 1920 году, когда она равнялась 195 чел. (около 9%) и поглотила собой с избытком весь механический прирост за трехлетие 1917—1919, и хотя в 1921 и 1922 годах была налицо уже естественная прибыль населения, но в общем за трехлетие получилась все-таки убыль в 157 чел. В 1923 году население Кадникова должно было бы равняться 1983 чел., но перепись показала больше, а именно 2367 чел., т.-е. за 1920—1922 годы город увеличился опять на 384 чел. или около 18% путем механического прироста. За 6 лет с 1917 по 1923 год этот механический прирост равнялся 27% с лишком. Другими словами, почти четвертую часть населения города в 1923 году составлял прибывший со стороны за 1917—19—23 годы элемент. 1923—1925 годы дали естественную прибыль населения. Этот естественный прирост населения Кадникова ко времени всесоюзной переписи 1926 года и естественный прирост за 1926 год должны бы дать число населения близкое к 2486 чел., на самом же деле по первым предварительным итогам переписи оно определилось в 2304 чел., т.-е. на 182 чел. меньше, что зависело от механической убыли населения на 182 чел., по сравнению же с переписью 1923 года население Кадникова уменьшилось на 63 чел. В отношении значения Кадникова как уездного центра можно сказать то же самое, что сказано выше относительно Грязовца.

ТОТЬМА

Население Тотьмы за 20 лет—с 1897 по 1916 год—значительно увеличилось путем естественного прироста, а именно на 831 чел. или на 16,7%, что составит в год в среднем около 0,8%. По этим данным естественного прироста, население Тотьмы в 1917 году должно было бы равняться 5778 чел., фактически же оно рав-

VII. Город Кадников

Годы	Число браков	Родилось			Умерло			Прирост + убыль —
		муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	
1897	22	39	37	76	27	26	53	+ 23
1898	14	38	46	84	30	25	55	+ 29
1899	12	28	36	64	24	28	52	+ 12
1900	11	46	38	84	25	39	64	+ 20
1901	13	40	45	85	42	48	90	— 5
1902	14	46	35	81	31	29	60	+ 21
1903	9	45	49	94	43	47	90	+ 4
1904	12	43	32	75	19	17	36	+ 39
1905	11	51	55	106	18	26	44	+ 62
1906	27	35	33	68	32	34	66	+ 2
1907	19	41	27	68	31	31	62	+ 6
1908	24	42	25	67	43	34	77	— 10
1909	17	46	48	94	43	35	78	+ 16
1910	16	37	30	67	17	24	41	+ 26
1911	15	22	32	54	30	32	62	— 8
1912	12	27	40	67	33	19	52	+ 15
1913	26	87	79	166	103	60	163	+ 3
1914	21	79	96	175	103	60	163	+ 12
1915	1	21	26	47	28	23	51	— 4
1916	5	45	25	70	56	40	96	— 26
Итого за 20 лет . .	301	858	834	1692	778	677	1455	+ 237
1917	9	45	36	81	52	55	107	— 26
1918	18	46	42	88	60	55	115	— 27
1919	28	46	48	94	68	54	122	— 28
Итого за 3 года . .	55	137	126	263	180	164	344	— 81
1920	52	53	49	102	156	141	297	— 195
1921	42	54	31	85	42	31	73	+ 12
1922	53	52	51	103	35	42	77	+ 26
Итого за 3 года . .	147	159	131	290	233	214	447	— 157
1923	35	67	52	119	51	52	103	+ 16
1924	34	45	49	94	28	27	55	+ 39
1925	34	41	34	75	21	20	41	+ 34
Итого за 3 года . .	103	153	135	288	100	99	199	+ 89
Всего с 1897 по 1926 год	606	1307	1226	2533	1291	1154	2445	+ 88

VIII. Город Тотьма

Годы	Число браков	Р о д и л о с ь			У м е р л о			Прирост + убыль —
		муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	
1897	12	41	31	72	29	33	62	+ 10
1898	25	68	57	125	62	33	95	+ 30
1899	25	51	58	109	55	45	100	+ 9
1900	18	27	15	42	40	37	77	— 35
1901	33	60	56	116	66	58	124	— 8
1902	26	47	53	100	36	52	88	+ 12
1903	36	59	56	115	42	49	91	+ 24
1904	21	66	68	134	44	50	94	+ 40
1905	22	68	59	127	52	33	85	+ 42
1906	28	50	49	99	40	35	75	+ 24
1907	25	68	68	136	57	45	102	+ 34
1908	38	57	70	127	59	61	120	+ 7
1909	50	103	106	209	51	43	94	+ 115
1910	62	171	170	341	148	128	276	+ 65
1911	72	174	164	338	115	91	200	+ 132
1912	113	247	254	501	207	178	385	+ 116
1913	69	163	181	344	166	137	303	+ 41
1914	46	178	180	358	142	125	267	+ 91
1915	25	144	159	303	94	110	204	+ 99
1916	39	112	127	239	133	123	256	— 17
Итого за 20 лет	785	1954	1981	3935	1638	1466	3104	+ 831
1917	47	101	118	219	108	139	247	— 28
1918	61	92	97	189	135	142	277	— 88
1919	75	83	76	159	162	144	306	— 147
Итого за 3 года	183	276	291	567	405	425	830	— 263
1920	106	85	97	182	166	131	297	— 115
1921	98	105	103	208	117	88	205	+ 3
1922	80	118	97	215	82	63	145	+ 70
Итого за 3 года	284	308	297	605	365	282	647	— 42
1923	101	88	72	160	61	67	128	+ 32
1924	83	85	96	181	80	73	153	+ 28
1925	60	112	104	216	76	64	140	+ 76
Итого за 3 года	244	285	272	557	217	204	421	+ 136
Всего с 1897 по 1926 год	1496	2823	2841	5664	2625	2377	5002	+ 662

нялось 4514 чел. или на 1264 чел. меньше, т.-е. население города к 1917 году уменьшилось механическим путем по крайней мере на 21,8%, а вероятно гораздо больше, так как город с 1909/10 года давал значительное повышение брачности, рождаемости и смертности, что может свидетельствовать о значительном приливе в него населения, если только тут нет какой-либо разницы в методах подсчета естественного движения населения по сравнению с предыдущим периодом 1897—1908 годов. За трехлетие 1917—1919 город показывает в отношении естественного движения убыль населения, которая, если подставить средние числа для 1918 года, приблизительно равна 263 чел. или 5% с лишком. В 1920 году по данным естественного движения население должно было бы равняться 4251 чел., в действительности же перепись показала число в 5321 чел., т.-е. население возросло за счет механического прироста на 1070 чел. или на 23,7%.

В первый год следующего трехлетия—1920—1922—население убыло путем естественным, и хотя за последние два года оно увеличилось, однако в общем за трехлетие все-таки получилась убыль, хотя и незначительная (на 42 чел.). С этой убылью в 1923 году население должно было бы равняться 5279 чел., фактически же переписью тогда констатировано 5742 чел., т.-е. за трехлетие 1920—1922 имел место значительный механический прирост населения на 463 чел. или на 8%. Таким образом за 6 лет с 1917 по 1923 год население Тотьмы увеличилось путем механического прироста на 1533 чел., т.-е. отмеченная нами выше механическая убыль населения за период до 1917 года была полностью аннулирована, и город в отношении численности своего населения подошел к довоенному времени. 1923—1925 годы дали естественную прибыль населения, выражающуюся числом 136 чел.

ВЕЛЬСК

Вельск путем естественного прироста увеличился за 20 лет на 262 чел. Однако в 1917 году населения в нем по данным переписи оказалось не 2251 чел., как этого бы следовало ожидать, если бы принимался во внимание только естественный прирост населения, а на 703 чел. (35% с лишком) больше. В отношении этого прироста Вельск стоит особо по сравнению с прочими городами, где всюду имелаась убыль населения. За счет каких именно групп населения следует отнести механический прирост населения Вельска, данных у меня нет. Подсчет механической прибыли населения по полу показывает, что больший процент этой прибыли относится за счет женского населения (397 чел.), а не мужского (306 чел.). Не исключается вероятность, что в связи с обстоятельствами войны в Вельск въехало откуда-то со стороны, быть может—из более крупных городских центров, где стала ощущаться дороговизна, быть может—из уезда, 150—160 семей. На эту мысль наводит, пожалуй, и рассмотрение годовых цифр брачности, рождаемости и смертности. Именно до 1916 года эти цифры не представляют каких-либо резких скачков, и только

IX. Город Вельск

Годы	Число браков	Р о д и л о с ь			У м е р л о			Прирост + убыль —
		муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	
1897	10	25	23	48	12	14	26	+ 22
1898	4	33	16	49	15	12	27	+ 22
1899	5	19	23	42	11	10	21	+ 21
1900	7	30	23	53	14	22	36	+ 17
1901	7	22	23	45	24	21	45	0
1902	10	27	32	59	10	16	26	+ 33
1903	6	22	22	44	14	17	31	+ 13
1904	10	29	31	60	15	22	37	+ 23
1905	10	23	18	41	16	12	28	+ 13
1906	5	16	22	38	22	8	30	+ 8
1907	6	27	27	54	20	10	30	+ 24
1908	5	21	17	38	13	17	30	+ 8
1909	5	25	31	56	17	12	29	+ 27
1910	2	19	22	41	16	19	35	+ 6
1911	1	18	17	35	15	9	24	+ 11
1912	8	20	25	45	15	19	34	+ 11
1913	3	22	17	39	17	22	39	—
1914	23	23	17	40	15	4	19	+ 21
1915	3	23	21	44	13	13	26	+ 18
1916	16	62	60	122	90	68	158	— 36
Итого за 20 лет	146	506	487	993	384	347	731	+ 262
1917	37	126	95	221	137	110	247	— 26
1918	55	88	70	158	114	101	215	— 57
1919	72	50	45	95	90	91	181	— 86
Итого за 3 года	164	264	210	474	341	302	643	— 169
1920	76	53	59	112	97	87	184	— 72
1921	72	60	48	108	60	36	96	+ 12
1922	59	89	76	165	67	47	114	+ 51
Итого за 3 года	207	202	183	385	224	170	394	— 9
1923	33	67	55	122	48	38	86	+ 36
1924	37	63	42	105	61	44	105	0
1925	36	44	68	112	41	62	103	+ 9
Итого за 3 года	106	174	165	339	150	144	294	+ 45
Всего с 1897 по 1926 год	623	1146	1045	2191	1099	963	2062	+ 129

в этом году количество браков, рождений и смертей по городу резко увеличивается, например, цифры рождений увеличиваются почти в 2,5—3 раза по сравнению с предыдущими годами.

За трехлетие 1917—1919, как и в других городах, естественное движение населения показывает убыль, которая по Вельску, — путем, указанным выше при обозрении движения населения по Грязовцу, — может быть предположительно выражена числом в 169 чел. Сообразно этому, население Вельска по данным естественного движения в 1920 году должно было бы равняться 2785 чел., перепись же обнаружила в нем населения всего лишь 2663 чел., т.-е. население убыло в нем механическим путем на 122 чел. Трехлетие 1920—1922, дав в первый год убыль, в последние годы — прибыль, в общем дает все-таки небольшую убыль населения (на 9 чел.).

В 1923 году по переписи в Вельске оказалось населения 3293 чел., т.-е. город увеличился путем механического прироста на 630 чел. (24%).

Естественный прирост за трехлетие 1923—1925 составил всего 45 чел.; прибавляя к этому числу цифру предполагаемого прироста за 1926 год — 15 чел., мы приходим к выводу, что население Вельска в 1927 году должно было бы выражаться числом 3353. По предварительным же итогам переписи это число равняется 3486, т.-е. в данном случае имеется еще механический прирост населения на 133 чел. (4%).

КАРГОПОЛЬ

Имеющийся в моем распоряжении статистический материал о движении населения Каргополя, к сожалению, не полон. Более подробного материала я получить, несмотря на все старания, не мог, да и полученный мною из официальных учреждений материал о естественном движении населения не вполне точен. Например, за 1901 год сообщены мне те же данные, что и за 1900 год, а данных за 1914 год совершенно не имеется. Эти данные можно было бы получить из метрических книг, но сделать эту выборку я не имел времени. Произведенный мною предположительно подсчет естественного прироста населения с 1897 по 1916 год дал незначительную величину около 150 чел. В 1917 году с этим приростом население города превышало бы 3000 чел., на самом же деле оказалось на 700—800 чел. меньше, т.-е. имела место значительная механическая убыль населения. С 1920 года население города начинает прибывать и в 1923 году уже значительно превосходит таковое периода до германской войны.

В 1923 году в Каргополе было 3538 чел. населения. За трехлетие с 1923 по 1925 год естественное движение дало за все годы убыль (79 чел.). Что дал собой 1926 год — прибыль или убыль населения — было мне во время составления очерка неизвестно. Во всяком случае, если и был прирост населения, то незначительный.

Если бы прирост был равен нулю, можно было бы ожидать в городе 3459 чел. населения. По предварительным же данным переписи 1926 года в нем оказалось 3449 чел. — число, разнящееся от числа переписи 1923 года всего на 89 чел.

Х. Город Каргополь

Годы	Число браков	Р о д и л о с ь			У м е р л о			Прирост + убыль --		
		муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.			
1897	20	75	44	119	48	35	83	+ 36		
1898	18	55	53	108	48	50	98	+ 10		
1899	23	61	50	111	38	47	85	+ 26		
1900	25	49	44	93	59	55	114	-- 21		
1901	25	49	44	93	59	55	114	-- 21		
1902	32	56	61	117	40	34	74	+ 43		
1903	22	63	39	102	53	41	94	+ 8		
1904	16	71	57	128	49	49	98	+ 30		
1905	7	79	76	155	70	52	122	+ 33		
1906	23	77	32	109	65	55	120	-- 11		
1907	24	62	54	116	71	61	132	-- 16		
1908	18	70	57	127	71	58	129	-- 2		
1909	28	77	50	127	77	54	131	-- 4		
1910	32	66	82	148	72	55	127	+ 21		
1911	26	60	81	141	64	60	124	+ 17		
1912	14	32	38	70	49	39	88	-- 18		
1913	21	78	50	128	97	80	177	-- 49		
1914	н	е	т	с	в	е	д	н	и	й
1915	8	59	71	130	57	34	91	+ 39		
1916	11	61	72	133	63	58	121	+ 12		
Итого за 20 лет . .	--	--	--	--	--	--	--	--		
1917	н	е	т	с	в	е	д	н	и	й
1918	н	е	т	с	в	е	д	н	и	й
1919	н. с.	61	34	95	98	84	182	-- 87		
Итого за 3 года . .	--	--	--	--	--	--	--	--		
1920	н	е	т	с	в	е	д	н	и	й
1921	69	63	55	118	43	27	70	+ 48		
1922	33	77	60	137	44	38	82	+ 55		
Итого за 3 года . .	102	140	115	255	87	65	152	+ 103		
1923	28	50	64	114	61	59	120	-- 6		
1924	31	47	49	96	95	73	168	-- 72		
1925	32	58	66	124	79	46	125	-- 1		
Итого за 3 года . .	91	155	179	334	235	178	413	-- 79		
Всего за 5 лет . .	193	295	294	589	322	243	565	+ 24		
1926	--	60	51	111	57	48	105	+ 6		

Возрастной состав городского населения

Значительные колебания численности городского населения в связи с обстоятельствами войны и других событий, конечно, не могли не отразиться на возрастном составе городского населения. Ниже приводится таблица процентного соотношения различных возрастов по годам переписей, причем население уездных городов приводится в общем итоге, и выделен только город Вологда.

XI. Возрастной состав населения городов Вологодской губернии по переписям 1897, 1920 и 1923 гг. и их процентное соотношение

По городам				До 1 года			От 1 до 2 лет			От 2 до 3 лет			От 3 до 4 лет		
				муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
Уездным:															
1897 г.	.	.	.	1,7	1,7	1,7	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4	1,4	1,3	1,5	1,4
1920 г.	.	.	.	2,5	2,2	2,3	1,5	1,6	1,6	2,1	2,0	2,1	2,0	1,7	1,9
1923 г.	.	.	.	2,8	2,5	2,6	2,4	2,2	2,3	2,3	2,2	2,3	1,9	1,8	1,8
По г. Вологде:															
1897 г.	.	.	.	2,3	2,2	2,3	1,7	1,8	1,7	1,8	1,7	1,7	1,6	1,8	1,7
1920 г.	.	.	.	2,3	2,2	2,3	1,4	1,6	1,5	2,1	2,1	2,1	1,9	1,8	1,8
1923 г.	.	.	.	2,7	2,5	2,6	2,3	2,2	2,3	2,3	2,4	2,3	1,8	1,8	1,8

По городам				От 4 до 5 лет			От 0 до 5 лет включит.			От 5 до 6 лет			От 6 до 7 лет		
				муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
Уездным:															
1897 г.	.	.	.	1,3	1,5	1,4	6,9	7,5	7,2	1,3	1,4	1,3	1,2	1,4	1,3
1920 г.	.	.	.	2,1	1,8	1,9	10,0	9,3	9,8	2,2	2,0	2,1	2,5	2,3	2,3
1923 г.	.	.	.	1,9	1,7	1,8	11,3	10,4	10,8	1,8	1,5	1,6	1,8	1,7	1,8
По г. Вологде:															
1897 г.	.	.	.	1,7	1,7	1,7	9,1	9,2	9,1	1,7	1,7	1,7	1,5	1,7	1,6
1920 г.	.	.	.	2,0	1,8	1,9	9,7	9,5	9,6	2,1	2,0	2,0	2,3	2,2	2,3
1923 г.	.	.	.	1,9	1,8	1,9	11,0	10,7	10,9	1,8	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7

По городам	От 7 до 8 лет			От 8 до 9 лет			От 9 до 10 лет			От 0 до 9 лет включит.		
	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
Уездным:												
1897 г.	1,2	1,1	1,1	1,1	1,3	1,2	1,3	1,3	1,3	13,0	14,0	13,4
1920 г.	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,4	2,2	2,3	21,5	20,1	20,8
1923 г.	1,9	1,6	1,8	2,1	2,1	2,1	2,3	2,1	2,2	21,2	19,4	20,3
По г. Вологде:												
1897 г.	1,6	1,4	1,5	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	16,8	17,1	17,0
1920 г.	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1	2,2	2,2	2,1	2,2	20,6	20,1	20,0
1923 г.	1,9	1,6	1,8	1,9	2,1	2,0	2,3	2,1	2,2	20,6	19,8	20,3

По городам	От 10 до 19 лет			От 20 до 29 лет			От 30 до 39 лет			От 40 до 49 лет		
	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
Уездным:												
1897 г.	17,8	15,9	16,9	15,6	13,2	14,4	26,1	21,6	23,9	16,5	17,2	16,9
1920 г.	20,9	20,6	20,7	17,4	19,7	18,6	18,8	14,2	16,4	11,7	10,9	11,3
1923 г.	23,1	22,4	22,8	19,2	19,6	19,3	16,7	14,4	15,5	10,6	10,3	10,5
По г. Вологде:												
1897 г.	25,4	20,7	23,0	20,6	18,0	19,3	15,6	13,5	14,5	10,3	10,9	10,6
1920 г.	20,0	20,1	20,0	18,8	20,8	19,8	20,1	14,2	17,1	11,9	10,9	11,4
1923 г.	21,8	21,3	21,5	20,4	20,8	20,6	17,6	14,8	16,2	10,8	10,3	10,5

По городам	От 50 до 59 лет			От 60 до 69 лет и более			Неизвестно			Итогов %		
	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
Уездным:												
1897 г.	6,8	9,6	8,2	4,1	8,4	6,2	0,1	0,1	0,1	100	100	100
1920 г.	6,1	7,6	6,8	3,5	6,8	5,3	0,1	0,1	0,1	100	100	100
1923 г.	5,7	6,9	6,3	3,4	7,0	5,2	0,1	—	0,1	100	100	100
По г. Вологде:												
1897 г.	6,2	8,7	7,5	5,0	11,0	8,0	0,1	0,1	0,1	100	100	100
1920 г.	5,6	7,2	6,4	2,9	6,6	4,8	0,1	0,1	0,1	100	100	100
1923 г.	5,6	6,7	6,2	3,1	6,3	4,8	0,1	—	0,1	100	100	100

Рассматривая эту таблицу по городам губернии, с младшего возраста, мы прежде всего обращаем внимание на возрастание в населении городов числа детей в возрасте от 0 до 5 лет с 7,2% в 1897 году до 10,8% в 1923 году, чему я находил бы объяснение в большей частоте браков, начиная с 1918/19 года, когда вернулась домой большая часть призванного на войну мужского населения, а также в том, что некоторые старшие возрасты, как это будет видно дальше, получили меньшее преобладание в общем числе населения. Это последнее объяснение, вероятно, применимо и в отношении последующих возрастов от 5 до 10 лет включительно. При этом возрасте от 5 до 8 лет в 1920 году отмечается сравнительно большее увеличение удельного веса отдельных возрастов по сравнению с таковыми же 1923 года, что для 1923 года объясняется, вероятно, понижением брачности и рождаемости в связи с мировой войной. В возрасте от 10 до 19 лет и от 19 до 29 лет отмечается увеличение процентного отношения этих возрастов по сравнению с 1897 годом, чему, как это уже сказано выше относительно возраста в 5—10 лет, я нахожу свое объяснение в меньшем удельном весе в составе населения некоторых старших возрастов, что мы и видим, переходя к следующей возрастной группе от 30 до 39 лет. Людей этого возраста в населении городов в 1920 году стало относительно гораздо меньше, чем в 1897 году, и в уменьшении общей суммы городского населения в 1920 году (64 554 чел. против 85 651 чел. в 1917 году) несомненно играло некоторую роль уменьшение этой возрастной группы, имевшей значительный удельный вес в составе населения в 1897 году (23,9%) против 1920 года (16,4%) и в 1923 году (15,5%). Значительное уменьшение в составе городского населения показывают и следующие возрастные группы от 40 лет и выше; особенно резкое падение показывали группы в 40—49 лет: с 16,9% в 1897 году до 10,5% в 1923 году. Причины убыли населения по более старшим группам едва ли требуют объяснения.

УЕЗДЫ

Население уездов берется в границах 1897 года по переписям 1897, 1917 и 1920 годов. Необходимо заметить при этом, что переписью 1917 года учитывалось все население со включением и временно отсутствовавших (куда, например, причислялись и все призванные на военную службу), тогда как переписями 1897 и 1920 годов учитывалось наличное население. В виду этого обстоятельства последовательное сравнение чисел населения по годам переписей возможно только в самых общих чертах, с известными поправками и оговорками.

ВОЛОГОДСКИЙ УЕЗД

Население Вологодского уезда в границах и по переписи 1897 года равнялось 144 487 чел. С естественным приростом за 20 лет — 34 799 чел. — к 1917 году оно должно было составить 179 281 чел. Переписью 1917 года обнаружено 164 021 чел., т.-е.

XII. Общее число населения Вологодской губернии по переписи 1897, 1917, 1920 и 1923 годов

(Уезды взяты в границах 1897 года)

Города	1897 год			1917 год			1920 год			1923 год		
	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
Вологда . .	14042	13663	27705	32413	37251	69664	23029	23952	46981	25408	27456	52864
Грязовец . .	1510	1695	3205	1776	2348	4124	1807	2331	4138	2261	2584	4845
Кадников . .	1189	1217	2406	813	1216	2029	928	1212	2140	1074	1293	2367
Тотьма . .	2695	2252	4947	2037	2477	4514	2379	2942	5321	2642	3100	5742
Вельск . .	985	1004	1989	1420	1534	2954	1167	1496	2663	1526	1767	3293
Каргополь .	1564	1493	3057	1015	1351	2366	1501	1810	3311	1626	1912	3538
Всего по городам . .	21985	21324	43309	39474	46177	85651	30811	33743	64554	34537	38112	72649
Уезды												
Вологодский .	67653	76829	144482	78004	86017	164021	70068	93362	163430	Переписи сельского населения в 1923 году не производилось.		
Грязовецкий .	46378	55855	102233	54259	59968	114227	47216	63285	110501			
Кадниковский .	89105	97286	186391	102177	108825	211002	84701	108086	192787			
Тотемский . .	66729	75143	141872	82806	86197	169003	70492	87513	158005			
Вельский . .	47442	53053	100495	62743	64452	127195	51706	63433	115139			
Каргопольский	38071	41219	79290	47061	50226	97287	36821	49192	86013			
Всего по уездам . . .	355378	399385	754763	427050	455685	882735	361004	464871	825875			
Всего по губернии . .	377363	420709	798072	466524	501862	968386	391815	498614	890429			

констатирована механическая убыль населения, по меньшей мере 15 260 чел. Эта убыль могла быть и больше, если в уезде за указанный период был какой-нибудь механический прирост населения, но у меня данных о вселении в губернию вообще и в Вологодский уезд в частности пришлого населения не имеется. Из 15 260 чел. убывших лиц мужского пола было 6579 чел. и лиц женского пола 8681 чел., которые за 20 лет по тем или иным причинам покинули уезд. Какие это были причины, установить точно по моим данным нельзя. Нужно, однако, здесь, как и в других уездах, принять во внимание, что в число населения по переписи 1917 года включены все призванные в ряды армии. По нашим предположительным подсчетам, из Вологодского уезда было призвано около 14 000 чел., что составляет ко всему мужскому населению уезда 18,2%. Следовательно в 1917 году наличного населения в уезде было фактически не более 150 000 чел. Из этого числа на долю мужского населения приходилось не более 64 000 чел. Сколько женского населения отсутствовало временно из уезда, но было включено в число переписи, данных у меня нет, вряд ли это число было значительным.

Влияние мировой войны весьма ощутительно сказалось на числах браков, рождений и смертей среди населения.

Число браков по сравнению с довоенным временем упало в три с лишком раза в 1915 и 1916 годах, в два с лишком раза в 1917 году. Ежегодное число рождавшихся (7797 чел. в 1915 году) постепенно падало и упало до 4306 чел. в 1917 году.

За трехлетие 1917—1919, несмотря на естественную убыль населения в 1917 году (873 чел.), в общем все-таки был прирост в 1841 чел., с которым наличного населения уезда в 1920 году должно было быть около 152 000, по переписи же наличного населения оказалось 163 430 чел., т.-е. в уезд прибыло около 11 000 чел. Из этого прибылого населения на долю мужчин падает около 5000.

Факт выбытия из уезда значительного числа женщин за период до 1917 года отмечается и по другим уездам. Всего вероятнее, что эти лица женского пола выбыли в разные местности, преимущественно в города, в поисках заработка, и часть их работала, например, в той же Вологде, население которой резко поднялось в 1917 году. Когда жить в городах в период 1918—1920 годов стало трудно, большая часть этих женщин отлила в деревню, с которой они не потеряли связи, и перепись 1920 года их там обнаружила.

На примере Вологды мы видели, как городское население поредело в 1920 году. Что подобные массовые передвижения могли сыграть известную роль в эпидемиологическом состоянии уездов — доказывать не приходится.

За период с 1920 года население уезда путем естественного прироста все увеличивается. В 1925 году в связи с проведением районирования в состав Вологодского уезда включается Грязовецкий, но рассмотрение тех изменений, какие произошли на сельской территории после переписи 1920 года, не входит в нашу задачу в настоящее время.

XIII. Вологодский уезд

Годы	Число	Число родившихся			Число умерших			Прибыль +
	браков	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	Убыль—
1897	1307	3129	2915	6044	2235	2142	4377	+ 1667
1898	1134	3069	2891	5960	2772	2686	5458	+ 502
1899	1183	3273	3143	6416	1880	1792	3672	+ 2744
1900	1036	3096	2924	6020	2382	2238	4620	+ 1400
1901	1093	2896	2799	5695	3070	3171	6241	— 546
1902	1387	3413	3400	6813	2276	2150	4426	+ 2387
1903	1292	2958	3007	5965	2424	2367	4791	+ 1174
1904	1159	3654	3517	7171	2238	2106	4344	+ 2827
1905	976	3161	2891	6052	2658	2408	5066	+ 986
1906	1557	3494	3257	6751	2693	2460	5153	+ 1598
1907	1659	3697	3508	7205	2126	1857	3983	+ 3222
1908	1329	3273	3174	6447	2748	2475	5223	+ 1224
1909	1260	3459	3255	6714	2471	2276	4747	+ 1957
1910	1465	3468	3447	6915	2481	2289	4770	+ 2145
1911	1440	3622	3458	7080	2376	2042	4418	+ 2662
1912	1406	3629	3512	7141	2648	2260	4908	+ 2233
1913	1696	3723	3570	7293	2819	2516	5335	+ 1958
1914	1284	4037	3758	7795	2503	2259	4762	+ 3033
1915	435	3006	2881	5887	2161	1873	4034	+ 1853
1916	450	2510	2396	4906	2676	2467	5143	— 237
Итого за 20 лет . .	24548	66567	63703	130270	49637	45834	95471	+ 34799
1917	579	2178	2128	4306	2588	2591	5179	— 873
1918	1713	3299	3075	6374	2144	1998	4142	+ 2232
1919	1792	2306	2180	4486	2134	1870	4004	+ 482
Итого за 3 года . .	4084	7783	7383	15166	6866	6459	13325	+ 1841
1920	1179	2413	2300	4713	2103	1912	4015	+ 698
1921	1591	2600	2293	4893	1998	1880	3878	+ 1015
1922	2112	2966	2783	5749	1836	1506	3342	+ 2407
Итого за 3 года . .	4882	7949	7376	15355	5937	5298	11235	+ 4120
1923	1828	3373	3283	6656	2074	1861	3935	+ 2721
1924	2164	4233	3924	8157	2970	2580	5550	+ 2607
1925	3207	7929	7461	15390	4875	4274	9149	+ 6241

Примечание: Числа браков, рождений и смертей взяты для каждого уезда по территории, какую уезд занимал фактически в данном году.

ГРЯЗОВЕЦКИЙ УЕЗД

В 1897 году переписью определено в уезде 102 233 чел. Принимая во внимание естественную прибыль населения за 20 лет—23 551 чел., мы в праве были ожидать, что к 1917 году населения будет не меньше 125 784 чел. В действительности же в уезде оказалось всего 114 227 чел., т.-е. на 11 557 чел. меньше. Здесь, как и по отношению к другим уездам, надо бы сделать поправку, именно откинуть от этого числа ту убыль населения, которую дал 1917 год сам по себе до переписи, но сумма этой убыли по уездам очень невелика; так, по Грязовецкому уезду за весь 1917 год убыль населения равнялось всего 613 чел. Мы можем поэтому смело допустить, что механическая убыль населения уезда без мобилизованных была не менее 11 000 чел., но возможно была и гораздо более, если в уезде был и механический прирост населения.

Если посмотреть, на чью долю падает эта убыль населения, то окажется, что мужчин убыло из уезда механическим путем всего 3966, а женщин гораздо больше—именно 7591. Надо опять подчеркнуть, что в число убывших механическим путем не входят как по Вологодскому, так и по другим уездам, призванные в ряды царской армии. По Грязовецкому уезду было призвано по нашим вычислениям около 12 000 чел., что составит по отношению ко всему мужскому населению уезда 22,2%.

Таким образом в 1917 году наличного населения в уезде было не более 102 000 чел., в том числе мужского населения 40—42 тыс. чел. Сколько было наличного женского населения, неизвестно, но во всяком случае, как по Вологодскому, так и по другим уездам число временно отсутствовавших женщин было незначительным.

Естественный прирост за трехлетие 1917—1919 составил всего 1555 чел., и к 1920 году по переписи можно было ожидать в уезде с этим приростом около 104 000 чел. По переписи же 1920 года мужского населения в наличности оказалось 47 000 чел., женского—около 63 000 чел., т.-е. к 1920 году прибыло в уезд очень много населения со стороны, в том числе мужского не менее 5000 чел. и женского не менее 4000 чел. На самом деле истинное число прибывших было, вероятно, более указанных мною чисел, но в моем распоряжении не было данных 1917 года об отсутствовавших временно из уезда по другим причинам, кроме призыва в царскую армию.

КАДНИКОВСКИЙ УЕЗД

По переписи 1897 года в уезде было 186 391 чел. С естественным приростом за истекший 20-летний период население уезда должно было бы равняться 227 799 чел., по переписи же оказалось всего 211 002 чел., другими словами из уезда убыло механическим путем 16 797 чел. Из этого числа убыло лиц мужского пола 8143 и женского 8654. На самом деле наличного населения в уезде было гораздо меньше, так как по переписи 1917 года

XIV. Грязовецкий уезд

Г о д ы	Число браков	Число родившихся			Число умерших			Населения прибыль+ убыль—
		муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	
1897	991	2377	2258	4635	1799	1714	3513	+ 1122
1898	937	2401	2325	4726	1965	1899	3864	+ 862
1899	889	2591	2391	4982	1391	1374	2765	+ 2217
1900	796	2367	2288	4655	1957	1812	3769	+ 886
1901	762	2023	1874	3897	2683	2757	5440	— 1543
1902	889	2482	2337	4819	2010	1982	3992	+ 827
1903	915	2524	2417	4941	1969	1907	3876	+ 1065
1904	872	2768	2572	5340	1607	1591	3198	+ 2142
1905	795	2327	2234	4561	1900	1776	3676	+ 885
1906	1056	2557	2450	5007	2112	1942	4054	+ 953
1907	1159	2704	2657	5361	1670	1554	3224	+ 2137
1908	916	2438	2235	4673	2175	1946	4121	+ 552
1909	937	2607	2563	5170	1698	1546	3244	+ 1926
1910	994	2453	2406	4859	1965	1864	3829	+ 1030
1911	964	2777	2626	5403	1650	1519	3169	+ 2234
1912	917	2602	2494	5096	2128	1944	4072	+ 1024
1913	1084	2702	2591	5293	1973	1711	3684	+ 1609
1914	932	2789	2672	5461	1850	1695	3545	+ 1916
1915	315	2195	2107	4302	1377	1291	2668	+ 1634
1916	369	1868	1760	3628	1826	1729	3555	+ 73
Итого за 20 лет . .	17489	49552	47257	96809	37705	35553	73258	+ 23551
1917	379	1575	1519	3094	1846	1861	3707	— 613
1918	1510	2853	2684	5537	1942	1919	3861	+ 1676
1919	1011	1792	1629	3421	1528	1401	2929	+ 492
Итого за 3 года . .	2900	6220	5832	12052	5316	5181	10497	+ 1555
1920	908	1662	1615	3277	1324	1291	2615	+ 662
1921	1187	1724	1666	3390	932	848	1780	+ 1610
1922	1617	2364	2146	4510	1709	1598	3307	+ 1203
Итого за 3 года . .	3712	5750	5427	11177	3965	3737	7702	+ 3475
1923	1657	2811	2598	5409	1697	1589	3286	+ 2123
1924	1335	2829	2574	5403	1989	1706	3695	+ 1708

XV. Кадниковский уезд

Г о д ы	Число браков	Число родившихся			Число умерших			Прибыль + убыль - 19,13:17=1,13%
		муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	
1897	1749	4165	3950	8115	3074	3191	6265	+ 1850
1898	1680	4221	4059	8280	3370	3196	6566	+ 1714
1899	1636	4629	4399	9028	3101	2953	6054	+ 2974
1900	1434	4307	4115	8422	3762	3739	7501	+ 921
1901	1549	4271	4082	8353	4005	3913	7918	+ 435
1902	1791	5038	4633	9671	3439	3253	6692	+ 2979
1903	1339	4094	3886	7980	3386	3104	6490	+ 1490
1904	1447	4647	4491	9138	2994	2932	5926	+ 3212
1905	1240	4083	3881	7964	3446	3372	6818	+ 1146
1906	1973	4626	4370	8996	3700	3650	7350	+ 1646
1907	2259	5163	4851	10014	3184	2845	6029	+ 3985
1908	1546	4386	4228	8614	3810	3566	7376	+ 1238
1909	1588	4708	4495	9203	3131	3110	6241	+ 2962
1910	1720	4555	4384	8939	3526	3279	6805	+ 2134
1911	1877	4823	4710	9533	3494	3167	6661	+ 2872
1912	1748	4930	4630	9560	4246	3940	8186	+ 1374
1913	2233	5112	4786	9898	3718	3459	7177	+ 2721
1914	1785	5325	5056	10381	3700	3359	7059	+ 3322
1915	697	4110	3874	7984	3049	2915	5964	+ 2020
1916	736	3527	3353	6880	3370	3097	6467	+ 413
Итого за 20 лет .	32027	90720	86233	176953	69505	66040	135545	+ 41408
1917	840	2963	2847	5810	3491	3420	6911	- 1101
1918	2575	4141	3819	7960	3744	3673	7417	+ 543
1919	2007	3620	3436	7056	3792	3576	7368	- 312
Итого за 3 года .	5422	10724	10102	20826	11027	10669	21696	- 870
1920	2119	3996	3615	7611	3457	3281	6738	+ 873
1921	2855	3942	3681	7623	2670	2497	5167	+ 2456
1922	3469	5212	4691	9903	2946	2580	5526	+ 4377
Итого за 3 года .	8443	13150	11987	25137	9073	8358	17431	+ 7706
1923	2539	5401	4851	10252	4138	3685	7823	+ 2429
1924	2336	5084	4759	9843	3769	3354	7123	+ 2720
1925	2220	5766	5343	11109	4479	4190	8669	+ 2440

числились и временно отсутствовавшие. По нашим подсчетам, из уезда было мобилизовано около 23 000 чел., и, следовательно, наличного уездного населения находилось не более 188 000 чел., в том числе мужского населения было не более 79—80 тыс. чел. Естественного прироста населения в уезде за трехлетие 1917—1919 не было, за исключением 1918 года, и в общем за трехлетие получилась убыль населения в количестве 870 чел. Так как в 1920 году прирост населения был почти равен этой убыли, то мы можем этим исчислением пренебречь и ожидать в 1920 году населения в числе почти равном таковому же по переписи 1917 года.

По переписи 1920 года в уезде оказалось наличного населения 192 787 чел., причем мужского населения прибыло со стороны около 4000 чел. Сколько прибыло женского населения, осталось мне неизвестным; сравнивая же между собой числа женского населения по переписям 1917 и 1920 годов, можно видеть, что эти числа почти одинаковы. По переписи 1917 года женского населения показано, правда, на 700 чел. слишком более, чем по переписи 1920 года, но в 1917 году в общем числе были показаны и временно отсутствовавшие.

ТОТЕМСКИЙ УЕЗД

По переписи 1897 года население уезда составляло всего 141 872 чел. За 20 лет с естественным приростом в 37 561 чел., это население должно было бы равняться к 1917 году 179 433 чел. Фактически переписью обнаружено всего 169 003 чел., из этого числа, чтобы быть точным, надо бы еще вычесть прирост с начала года до переписи. Таким образом, несмотря на увеличение числа жителей в уезде по сравнению с 1897 годом, в уезде все-таки была механическая убыль населения около 10 000 чел. в круглой цифре. Если пренебречь естественным приростом 1917 года, то при подсчете окажется, что механическим путем из уезда выбыло 2622 лица мужского пола и 7808 женского. Мобилизовано было из уезда около 18 000, следовательно наличного населения в уезде в 1917 году было не более 151 000 чел., в том числе мужского населения было около 65 000 чел.

Последующее трехлетие 1917—1919 в общем дало естественную убыль населения в 1141 чел., и можно было бы на этом основании в 1920 году ожидать наличного населения не более 150 000 чел. В действительности населения по переписи оказалось 158 005 чел., т.-е. около 8000 чел. прибыло в уезд со стороны.

Обращаясь к числу мужского населения по переписи 1920 года мы видим, что оно оказалось равным 70 000 чел., значит мужского населения прибыло в уезд со стороны около 5500 чел.; женского оказалось 87 500, т.-е. на 1300 чел. более числа 1917 года, хотя в это-то последнее число включалось и временно отсутствовавшее женское население. Всего в уезд прибыло 7000 чел., а между тем по нашим подсчетам разница между наличным населением в 1917 и 1920 годах была не менее 8000 чел. Тут получается некоторое расхождение, быть может вследствие неточности наших вычислений. Возможно, что мобилизованного населения в 1917 году было не около 18 000 чел., а около

XVI. Тотемский уезд

Г о д ы	Число браков	Число родившихся			Число умерших			Прибыль + убыль — 22,45: 17=1,32%
		муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	
1897	1175	3509	3410	6919	2368	2138	4506	+ 2413
1898	1342	3530	3401	6931	2714	2704	5418	+ 1513
1899	1276	3892	3787	7679	2024	1908	3932	+ 3747
1900	982	3406	3273	6679	2683	2600	5283	+ 1396
1901	1009	3222	3124	6346	3254	3117	6371	— 25
1902	1354	3859	3633	7492	2802	2761	5563	+ 1929
1903	1246	3600	3486	7086	2734	2520	5254	+ 1832
1904	1037	3814	3558	7372	2364	2138	4502	+ 2870
1905	1077	3025	2844	5869	2879	2670	5549	+ 320
1906	1541	3892	3623	7515	3023	2796	5819	+ 1696
1907	1637	4269	3890	8159	2709	2547	5256	+ 2903
1908	1376	3509	3432	6941	2807	2555	5362	+ 1579
1909	1233	3777	3717	7494	2538	2562	5100	+ 2394
1910	1354	3564	3415	6979	2644	2478	5122	+ 1857
1911	1456	4026	3757	7783	2688	2476	5164	+ 2619
1912	1333	3806	3563	7369	3009	2659	5668	+ 1701
1913	1448	3740	3683	7423	3243	3093	6336	+ 1087
1914	1240	4125	4045	8170	2810	2547	5357	+ 2813
1915	582	3346	3172	6518	2157	2024	4181	+ 2337
1916	466	2516	2388	4904	2278	2046	4324	+ 580
Итого за 20 лет . .	24164	72427	69201	141628	53728	50339	104067	+ 37561
1917	719	2206	2044	4250	2873	2636	5509	— 1259
1918	2935	3928	3742	7670	3862	3725	7587	+ 83
1919	1754	2992	2867	5859	2967	2857	5824	+ 35
Итого за 3 года . .	5408	9126	8653	17779	9702	9218	18920	— 1141
1920	1898	3046	2810	5856	3247	2968	6215	— 359
1921	2085	3322	3161	6483	2583	2354	4937	+ 1546
1922	2184	4032	3890	7922	2397	2027	4424	+ 3498
Итого за 3 года . .	6167	10400	9861	20261	8227	7349	15576	+ 4685
1923	1764	3732	3413	7145	2664	2419	5083	+ 2062
1924	1747	3640	3634	7274	2702	2524	5226	+ 2048
1925	1431	3877	3733	7610	3222	3025	6247	+ 1363

17 000 чел., общее же число населения (наличного) в уезде было около 152 000 чел. Подобного рода неточность вполне объяснима, если принять во внимание, что числа мобилизованных по каждому уезду нам пришлось за недостатком фактических данных по отдельным уездам устанавливать приблизительно на основании числа мобилизованных в царскую армию по губернии.

Примечание. Всего из губернии было мобилизовано около 94 500 человек, а временно отсутствовавших, кроме мобилизованных, было около 9000 человек.

ВЕЛЬСКИЙ УЕЗД

В границах 1897 года уезд этот по первой переписи имел 100 495 жителей. Естественный прирост обоего пола за 20 лет составил всего 31 697 чел., с каковым приростом к 1917 году общее число жителей в уезде должно было бы равняться 132 192 чел. По переписи населения оказалось 127 195 чел., т.-е. население уезда уменьшилось по крайней мере на 5997 чел. механическим путем. На самом деле эта убыль была, конечно, гораздо больше, так как 1917 год дал большую естественную убыль населения от начала года до производства переписи, на которую необходимо было бы для точности увеличить число населения к началу 1917 года. На долю кого падала эта механическая убыль?.. Если сделать все подсчеты, то окажется, что из уезда убыло всего мужчин 697, а женщин 4991. В отношении мужчин это какое-то парадоксальное явление, не наблюдающееся в других уездах, и, конечно, оно требует своего объяснения. Даже если мы к этому числу (697) сделаем прибавку, учтя естественную убыль в 1917 году до переписи, то и тогда это число окажется слишком ничтожным. К сожалению, в моем распоряжении нет данных, чтобы объяснить это явление. Здесь можно только допустить какую-либо ошибку в вычислениях, или же, если таковая ошибка исключается, предположить, что условия крестьянского хозяйства в этом уезде в достаточной мере занимали силы мужского населения, и тут же на месте, в уезде, и только значительной части взрослого женского населения, как и в других уездах, приходилось искать работы на стороне.

Из числа населения по переписи 1917 года надо исключить около 14 000 мобилизованных, и тогда наличного населения в уезде оказалось бы около 113 000 чел., едва ли более, в том числе мужского населения не более 48—49 тыс. чел. За последнее трехлетие 1917—1919 в уезде в общем была незначительная естественная убыль населения в 20 чел. К 1920 году число наличного населения должно было бы равняться приблизительно таковому же 1917 года, но населения оказалось 115 139 чел., т.-е. больше приблизительно на 2000 чел., причем это увеличение падает почти исключительно на прибывших со стороны мужчин.

КАРГОПОЛЬСКИЙ УЕЗД

Если по другим уездам я мог собрать достаточно данных о естественном движении населения, то по Каргопольскому уезду мне удалось это сделать только за период 1897—1916

XVII. Вельский уезд

Г о д ы	Число браков	Число родившихся			Число умерших			Прибыль + убыль —
		муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	
1897	799	2099	2064	4163	1297	1159	2456	+ 1707
1898	956	2204	2096	4300	1510	1480	2990	+ 1310
1899	784	2421	2349	4770	1263	1154	2417	+ 2353
1900	823	2178	2015	4193	1542	1497	3039	+ 1154
1901	912	2246	2078	4324	1797	1721	3518	+ 806
1902	976	2481	2436	4917	1556	1539	3095	+ 1822
1903	813	2191	2166	4357	1312	1288	2600	+ 1757
1904	554	2283	2269	4552	1590	1639	3229	+ 1323
1905	679	2202	1977	4179	1365	1436	2801	+ 1378
1906	1309	2478	2298	4776	1545	1451	2996	+ 1780
1907	1112	2609	2492	5101	1503	1333	2836	+ 2265
1908	1039	2426	2325	4751	1816	1656	3472	+ 1279
1909	1069	2549	2363	4912	1954	1736	3690	+ 1222
1910	1110	2739	2588	5327	1856	1655	3511	+ 1816
1911	1048	2728	2648	5376	1600	1482	3082	+ 2294
1912	1093	2763	2553	5316	1801	1577	3378	+ 1938
1913	1077	2944	2829	5773	2208	2048	4256	+ 1517
1914	813	2967	2804	5771	1945	1757	3702	+ 2069
1915	303	2248	2091	4339	1636	1494	3130	+ 1209
1916	310	1737	1667	3404	1385	1304	2689	+ 715
Итого за 20 лет	17603	48501	46111	94612	32503	30418	62921	+ 31691
1917	451	1393	1310	2703	1860	1792	3652	— 949
1918	2160	2668	2530	5198	2126	2135	4261	+ 937
1919	1443	1638	1496	3134	1625	1517	3142	— 8
Итого за 3 года	4054	5699	5336	11035	5611	5444	11055	— 20
1920	1074	1875	1675	3550	1521	1368	2889	+ 661
1921	1551	2028	1861	3889	1196	1050	2246	+ 1643
1922	1736	2414	2205	4619	1265	1045	2310	+ 2309
Итого за 3 года	4361	6317	5741	12058	3982	3463	7445	+ 4613
1923	1320	2496	2404	4900	1423	1261	2684	+ 2216
1924	1302	2470	2289	4759	1507	1361	2868	+ 1891
1925	1023	2735	2599	5334	2132	2102	4234	+ 1100

годов, и то за 1914 год данных у меня не оказалось, почему я принужден был подставить для этого года те же числа родившихся и умерших, что и в 1913 году. Начиная с 1917 года полных данных у меня нет, и делать какие-либо выводы о естественном движении уезда за период 1917—1920 годов я не могу.

По моим подсчетам, естественный прирост в Каргопольском уезде за 1897—1916 годы составил в общей сумме 21 784 чел. Сообразно этому в 1917 году мы должны были бы иметь в уезде около 101 000 чел. населения. По переписи же оказалось 97 287 чел., т.е. на 3787 чел. меньше, которые были, очевидно, из уезда механическим путем и утратили связь с уездом. Женщин при этом ubyло больше, чем мужчин. В ряды армии, по нашим подсчетам, могло быть призвано из уезда около 10 500 чел., следовательно, наличного населения в уезде, вероятно, было не более 87 000 чел., в том числе мужчин около 36 000. То же приблизительно общее число населения оказалось и по переписи 1920 года. Мужского населения в уезд со стороны не прибыло, как в других уездах, и можно предположить, что призванные в ряды армии остались мобилизованными или же были до переписи 1920 года вновь мобилизованы.

После того как мы рассмотрели движение населения по отдельным уездам, мне кажется, не лишено интереса просмотреть, как обстояло дело с возрастным составом населения в годы различных переписей. Представленная ниже таблица процентного соотношения различных возрастов является сводной для всех уездов губернии, за исключением Каргопольского уезда, и составлена без городов, по которым дана выше общая сводная таблица.

Здесь необходимо, конечно, оговориться, как это я уже сделал выше по отношению к движению населения уездов, что возрастной состав населения в 1917 году исчислен со включением призванных в ряды армии и временно отсутствовавших. В действительности, следовательно, возрастные соотношения наличного населения были иными, чем показано в таблице, составленной на основании официальных переписных данных о возрастном составе. По собранным мною справкам в демографической секции Губстатбюро, взрослого мужского населения уездов в возрасте 18—50 лет было мобилизовано до переписи 1917 года в среднем больше половины (53%), причем по некоторым возрастам процент призванных был выше этого среднего числа, а именно:

Было призвано из возрастных групп
мужского населения

На каждые 100 человек призванных
в ряды армии приходилось в возрасте

Лет	%	Лет	Чел.
18—20	48,0	18—20	13
21—25	78,3	21—25	28
26—30	72,6	26—30	24
31—35	62,8	31—35	15
36—40	53,1	36—40	14
41—45	28,4	41—45	6
46—50	1,0		<hr/> 100

XVIII. Каргопольский уезд

(без гор. Каргополя)

Г о д ы	Число браков	Р о д и л о с ь			У м е р л о			Прибыль + убыль —
		муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	
1897	855	1493	1966	3459	1220	1159	2379	+ 1080
1898	660	1994	1910	3904	1620	1563	3183	+ 721
1899	747	2037	2035	4072	1368	1355	2723	+ 1349
1900	721	2066	1868	3934	1473	1432	2905	+ 1029
1901	771	2107	1905	4012	1507	1469	2976	+ 1036
1902	841	2164	2006	4170	1481	1402	2883	+ 1287
1903	639	1868	1830	3698	1501	1446	2947	+ 751
1904	581	2165	1999	4164	1465	1376	2841	+ 1323
1905	465	2087	2086	4173	1632	1536	3168	+ 1005
1906	828	2136	2092	4228	1608	1477	3085	+ 1143
1907	814	2054	1960	4014	1511	1421	2923	+ 1091
1908	852	2055	1956	4011	1431	1321	2752	+ 1259
1909	623	1783	1734	3517	1330	1186	2516	+ 1001
1910	903	2227	2206	4433	1492	1437	2929	+ 1504
1911	805	2276	2283	4559	1575	1460	3035	+ 1524
Итого . .	11105	30512	29836	60348	22214	21031	43245	+ 17103
1912	923	2361	2313	4674	1975	1937	3912	+ 762
1913	836	2253	2177	4430	1873	1737	3610	+ 820
1914	627	2253	2177	4430	1873	1737	3610	+ 820
1915	315	1834	1838	3672	805	763	1568	+ 2104
1916	325	1612	1591	3203	1503	1525	3028	+ 175
1917	—	—	—	—	—	—	—	—
1918	—	—	—	—	—	—	—	—
1919	—	1820	1747	3567	2342	2261	4603	— 1036
1920	—	1706	1602	3308	1556	1439	2925	+ 313
1921	—	2267	2204	4471	1389	1200	2589	+ 1882
1922	—	2617	2415	5032	1280	447	2427	+ 2605
1923	—	2922	2814	5736	2011	1883	3894	+ 1842
1924	—	2660	2530	5190	2357	2286	4638	+ 552
1925	—	3177	2971	6148	2411	2349	4760	+ 1388
1926	—	3472	3244	6716	1791	1702	3493	+ 3223

В возрасте 46—50 лет приходилось всего 0,2 чел., и такая небольшая величина при перечислении на 100 призванных не принята во внимание.

Распределение возрастных групп мужского населения в приложенной таблице несколько иное, чем в настоящем, более детальном, сопоставлении процента призванных по возрастам, но тем не менее без большой погрешности мы можем допустить, что процент мужского населения в возрасте 18—50 лет, со включением призванных, по отношению ко всему мужскому населению был около 40, а в ряды армии было призвано из мужского населения этого возраста около 20,7%. Эти 20,7% следовало бы разнести по прочим возрастным группам, кроме группы в 18—50 лет, чтобы получить процентные соотношения возрастных групп наличного мужского населения. Тогда удельный вес этих прочих групп значительно бы поднялся. По нашим расчетам, на каждый процент в таблице процентных соотношений возрастных групп мужского населения следовало бы сделать добавку еще в 0,3%. В отношении женского населения следовало бы также произвести некоторые, правда, незначительные поправки, но сведений о числе временно отсутствовавших в 1917 году женщин у меня нет. Только принимая все эти поправки во внимание, можно было бы правильно построить таблицу возрастов в отношении наличного населения. По нашему мнению, однако, произведенный в 1917 году подсчет возрастных групп с учетом отсутствовавшего населения более резко и отчетливо выявляет происшедшие в группах до 18 лет и после 50 лет изменения в связи с обстоятельствами войны. Процентные соотношения возрастных групп мужского населения от 20 до 49 лет к прочим группам того же населения следует на основании изложенного понизить больше, чем на половину, если иметь в виду наличное население. После этих предварительных замечаний можно перейти к рассмотрению возрастной таблицы переписей (см. табл. XIX).

Начиная рассмотрение этой таблицы с самого младшего возраста, мы прежде всего отмечаем резкое уменьшение почти в два раза в 1917 году по сравнению с 1897 годом процента детей в возрасте до 1 года и от 1 года до 2 лет, что всецело объясняется падением числа рождений вследствие призыва мужского населения на войну. Некоторое уменьшение этого процента по сравнению с 1897 годом приходится отмечать и в 1920 году, что, очевидно, стоит в связи с гражданской войной и интервенцией, хотя в 1920 году процент детей этого возраста в населении гораздо выше, чем в 1917 году. В следующей возрастной группе — от 2 до 3 лет — процентные отношения близко подходят одни к другим, и только данные 1920 года показывают некоторое уменьшение. В возрастной группе от 3 до 5 лет обнаруживается резкое уменьшение ее удельного веса в ряду прочих групп. Это возможно объяснить тем, что к этим возрастным группам относятся дети, родившиеся в период 1915—1917 годов, когда рождаемость стояла на низком уровне. Влияние годов войны отражается и на следующей группе — 5—6 лет.

ХІХ. Возрастный состав сельского населения Вологодской губернии
(по переписи 1897, 1917 и 1920 годов в процентных соотношениях)

Годы переписи (без Каргопольского уезда)	До 1 года			От 1 до 2 лет включительно			От 2 до 3 лет			От 3 до 4 лет		
	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
1897	3,2	2,9	3,0	3,0	2,7	2,9	2,8	2,5	2,7	3,0	2,7	2,8
1917	1,7	1,6	1,6	2,1	1,9	2,0	2,6	2,5	2,5	2,8	2,7	2,8
1920	3,0	2,3	2,6	2,6	2,1	2,3	2,6	2,0	2,3	2,1	1,6	1,8

Годы переписи (без Каргопольского уезда)	От 4 до 5 лет			От 0 до 5 лет включительно			От 5 до 6 лет			От 6 до 7 лет		
	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
1897	2,8	2,6	2,7	14,8	13,4	14,1	2,9	2,6	2,8	2,7	2,5	2,6
1917	2,5	2,4	2,5	11,7	11,1	11,4	2,7	2,6	2,6	2,8	2,7	2,8
1920	2,1	1,7	1,9	12,4	9,7	10,9	2,8	2,2	2,4	3,4	2,8	3,1

Годы переписи (без Каргопольского уезда)	От 7 до 8 лет			От 8 до 9 лет			От 9 до 10 лет			От 0 до 5 лет включительно		
	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
1897	2,3	2,1	2,2	2,3	2,2	2,2	2,4	2,2	2,3	27,4	25,0	26,2
1917	2,5	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5	2,2	2,1	2,2	24,4	23,6	24,0
1920	3,0	2,5	2,7	3,0	2,4	2,6	2,8	2,2	2,5	27,4	21,8	24,2

Годы переписи (без Каргопольского уезда)	От 10 до 19 лет			От 20 до 29 лет			От 30 до 39 лет			От 40 до 49 лет		
	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
1897	21,0	20,3	20,6	13,9	15,2	14,6	12,4	12,3	12,4	10,2	10,4	10,3
1917	20,9	20,7	20,8	16,6	15,7	16,1	13,1	12,8	12,9	10,7	10,1	10,4
1920	24,7	22,2	23,3	7,1	15,8	12,0	12,0	12,5	12,3	11,5	10,0	10,7

Годы переписи (без Каргопольского уезда)	От 50 до 59 лет			От 60 до 69 лет и более			Неизвестно			Итого в %		
	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
1897	7,6	8,0	7,8	7,5	8,8	8,1	0,04	0,03	0,03	100	100	100
1917	7,5	8,0	7,8	6,8	9,1	8,0	—	—	—	100	100	100
1920	8,6	8,0	8,3	8,5	9,6	9,1	0,2	0,1	0,1	100	100	100

XX. Прирост населения в уездах по данным различных переписей

(в процентах)

У Е З Д Ы	1897—1917 гг. при- роста населения			1897—1920 гг. при- роста населения			1917—1920 гг. при- роста населения			1897 г.	1917 г.	1920 г.
	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	<u>муж.</u> <u>жен.</u>	<u>муж.</u> <u>жен.</u>	<u>муж.</u> <u>жен.</u>
Вологодский . . .	+ 15,3	+ 12,0	+ 13,5	+ 3,6	+ 21,5	+ 13,1	- 1,2	+ 8,5	- 0,4	<u>46,8</u> <u>53,2</u>	<u>47,6</u> <u>52,4</u>	<u>42,8</u> <u>57,2</u>
Грязовецкий . . .	+ 17,0	+ 7,4	+ 11,7	+ 1,8	+ 13,3	+ 8,1	- 13,0	+ 5,5	- 3,3	<u>45,4</u> <u>54,6</u>	<u>47,5</u> <u>52,5</u>	<u>42,7</u> <u>57,3</u>
Кадниковский . . .	+ 13,2	+ 11,8	+ 3,4	- 4,9	+ 11,1	+ 4,0	- 17,1	- 0,7	- 9,0	<u>47,8</u> <u>52,2</u>	<u>48,4</u> <u>51,6</u>	<u>43,9</u> <u>56,1</u>
Тотемский . . .	+ 24,0	+ 14,7	+ 19,0	+ 5,6	+ 16,5	+ 11,4	- 14,9	+ 1,5	- 5,9	<u>49,0</u> <u>51,0</u>	<u>49,0</u> <u>51,0</u>	<u>44,6</u> <u>55,4</u>
Вельский . . .	+ 32,3	+ 21,5	+ 26,6	+ 9,0	+ 19,6	+ 14,6	- 17,6	- 1,6	- 9,5	<u>49,6</u> <u>50,4</u>	<u>49,3</u> <u>50,7</u>	<u>44,9</u> <u>55,1</u>
Каргопольский . .	+ 23,6	+ 21,9	+ 22,7	- 3,3	+ 19,3	+ 8,5	- 21,8	- 2,1	- 11,6	<u>48,0</u> <u>52,0</u>	<u>48,4</u> <u>51,6</u>	<u>42,8</u> <u>57,2</u>
Всего по уездам .	+ 20,2	+ 14,1	+ 16,9	+ 1,6	+ 16,4	+ 9,4	- 15,5	+ 2,0	- 8,1	<u>47,2</u> <u>52,8</u>	<u>48,4</u> <u>51,6</u>	<u>43,7</u> <u>56,3</u>
Всего по губернии	+ 23,6	+ 19,3	+ 21,5	+ 3,8	+ 18,5	+ 11,6	- 16,0	- 0,6	- 8,0	<u>47,3</u> <u>52,7</u>	<u>48,0</u> <u>52,0</u>	<u>44,0</u> <u>56,0</u>

Сообразно с уменьшением младших возрастных групп среди населения и некоторых старших больший удельный вес приобретают группы от 6 до 9 лет.

В общем же и целом удельный вес среди населения возрастных групп от 0 до 9 лет включительно, по сравнению с 1897 годом, падает (с 26,2 до 24%) и особенно заметно падает в возрасте от 0 до 5 лет (с 14,1 до 10,9%).

1917 год дает повышение процента для лиц в возрасте от 20 до 39 лет, но не нужно забывать, что процентное соотношение наличного населения было иное, о чем уже говорилось выше, так как здесь подсчитано и отсутствовавшее население.

Резко падает в 1920 году процентное соотношение группы в 20—29 лет и особенно среди лиц мужского пола (до 7,1%), без сомнения, главным образом, из-за призыва в ряды войск.

Для 1920 года можно сделать еще общее замечание, что повышение процента отдельных старших возрастных групп зависит и от возвращения в деревню демобилизованных и бывших на заработках в городах и других местностях.

В заключение считаю своим весьма приятным долгом выразить Вологодскому Губстатбюро в лице заведующего демографической секцией Ф. Н. Винокурова, благодарность за предоставление статистических материалов и за весьма ценные советы и указания при исполнении настоящей работы.

*Aus der Sanitäts-Epidemiologischen Abteilung
des Gesundheitspflegedepartement in Wologda
(Vorsteher — Dr. N. W. Falin)*

Der Bevölkerungszustand des Vologodschen Gouvernement laut den Anzeigen der Volkszählung in den Jahren 1897, 1917, 1920 und 1923

Dr. N. W. Falin

Ein kurzer demographischer Abriss des Wologodschen Gouvernement, ergänzend die Lücken des Druckmaterials der Volkszählung vom Jahre, 1897 bis 1923.

Es war eine grosse und, wegen der territorialadministrativen Grenzenveränderung, eine schwere Arbeit, betreffend die Zifferanzeigenvergleiche der Volkszählungen der Jahren 1917, 1920 und 1923 mit denen des Jahres 1897, durchgeführt. Die erhaltenen Schlussfolgerungen erleichtern beträchtlich eine weitere Vergleichung mit den Anzeigen der allgemeinen demographischen Bundesvolkszählung des Jahres 1926, die ihrerseits eine grosse Wichtigkeit für die Construction der Pläne und Bauentwicklung der Gesundheitspflege auf dem Territorium des gewesenen Wologodschen Gouvernement haben.

КУРОРТЫ СЕВЕРНОГО КРАЯ

Д-р П. А. Кадников

Вопрос об организации курортов на севере, помимо научной мысли, выдвинула сама жизнь: возникновение курортов в Старой Руссе, Солигаличе, Корнильеве, Леденгске прошло, конечно, без всяких научных обоснований, и существование их поддерживалось той пользой, которую они оказывали больным. Те слабые попытки,—не говорю о Старой Руссе,—научного обоснования, которые предпринимались в защиту существования этих курортов, в виде анализа вод, конечно, ничего не могли доказать, но факты самой жизни оправдывали самое существование и развитие этих курортов.

Факты излечения или существенного улучшения говорили о том, что дальнейшее изучение и научное обоснование необходимы для более широкого развития этих курортов. Здесь эмпиризм, как часто и бывает, пошел впереди науки и, в сущности говоря, и теперь еще не окончательно уступил свою позицию. Но разберемся по существу.

Есть очень много заболеваний, которые требуют лечения на курортах, специфически предназначенных для этой цели,—как, например, желудочно-кишечные заболевания, требующие лечения в Эссентуках, Железноводске, Кисловодске; сердечные—Мацеста, Кисловодск и т. д., но такие заболевания, как ревматизм, воспаление придатков у женщин и т. д., не требуют специфических курортов, их можно лечить с большим успехом в курортах ли отдаленных местностей или на месте. Вопрос этот является весьма актуальным как в смысле получения наибольшего эффекта от лечения, так и в смысле экономическом.

Человек, привыкший в течение всей своей жизни к определенным барометрическому давлению, влажности воздуха, колебаниям температуры и т. д., вдруг будучи перенесен в другие климатические условия, конечно, должен будет потратить известное время на приспособление к этим условиям, что явится ущербом для времени, отведенного для лечения, не говоря уже об экономических условиях дорожных расходах, пособии страхкассы и т. д.

Изнеженный южным, непривычным климатом организм, вернувшись на север, конечно, не безразлично будет реагировать на них. Преимущество лечения туберкулеза на местах уже

имеет определенную давность и научное обоснование. Мне, кажется, то же решение применимо и к другим заболеваниям.

Что же представляют собой курорты Северного края?

„Минеральные воды, своеобразное жидкое ископаемое, не являются чем-то абсолютно независимым, произвольно появляющимся в том или другом пункте земной поверхности, несущим тот или другой химический состав, те или другие физические свойства.* Нет, и они, как всякое полезное ископаемое, теснейшим образом связаны с окружающей средой и прежде всего с геологическим строением данной местности: их химические и физические свойства не что иное, как определенные функции целого ряда местных условий.

„Еще в XIX столетии было доказано и прочно установлено, что так называемые кристаллические породы происходят „огненным“ путем, образуясь из магмы — полужидкого, полутвердого, во всяком случае пластичного, силикатного расплава, может быть весьма сложного по своему составу, того расплава, который при понижении давления переходит в текучее состояние, при известных условиях поднимается из далеких глубин и в виде лавы вытекает из вулканов. Но не всегда магма достигает поверхности земли, а, наоборот, очень часто она глубоко под землю внедряется в каменные массы и медленно застывает там под большим давлением. Как бы ни была высока температура магмы, внедрившейся в массу горных пород, как бы ни было громадно то давление, под которым она находится, все же, хотя и очень медленно, но она будет охлаждаться, а, охлаждаясь, непременно будет выделять свойственные ей газообразные и легко летучие составные части. Отличаясь малым удельным весом, эти выделенные магмой продукты стремятся вверх по тем многочисленным трещинам, которые до больших глубин пересекают каменный остов земли и, постепенно попадая в область все более малых давлений и все более низких температур, начинают сгущаться. Часть из них перейдет в твердое состояние, осядет на стенках трещин и даст начало минеральным или рудным жилам, а часть, в особенности пары воды и ее элементы, превратится в жидкость, в воду, которая должна содержать в растворе различные твердые или газообразные соединения. Такой горячий раствор, весьма разнообразного и сложного состава, под влиянием упругости газов будет продолжать стремиться кверху и, наконец, выйдет где-нибудь на земную поверхность в виде газового минерального источника, иногда горячего, иногда теплого, а то и холодного.

„Все эти идеи теоретической петрографии и физической химии и послужили основой для той теории происхождения минеральных источников, преимущественно горячих, которую в 1902 году предложил один из величайших геологов современности — венский профессор Эдуард Зюсс. Он назвал минераль-

* Цитирую доклад А. П. Герасимова — Минеральные воды и их связь с геологической структурой. „Труды V Всесоюзного научно-организационного съезда по курортному делу.

ные воды, получающиеся при постепенном остывании магмы и выходящие на поверхность с запасом растворенных и свободных газов,— ювенильными, т.-е. девственными, не зараженными земными примесями и впервые попадающими в условия земной обстановки.

„В противоположность этим водам Зюсс поставил воды вадозные (от латинского глагола *vadere* — блуждать), понимая под ними все воды, которые образуются из выпадающих на земную поверхность осадков. Известно, что примерно только треть последних просачивается в почву и таким образом дает начало разного типа „подземным водам“— артезианским, грунтовым, почвенным и т. д. Уже одних этих кратких указаний достаточно, чтобы предвидеть те основные свойства, которыми должны отличаться такого рода воды. Прежде всего, их химизм должен находиться в определенном соответствии с составом тех горных пород, которые они пересекают на своем, иногда очень длинном пути, и, строго говоря, эти воды не должны характеризоваться сколько-нибудь значительным содержанием газов, для образования которых нет ни подходящих процессов, ни надлежащих источников.

„Другой отличительный признак вадозных вод — изменчивость их дебита, находящаяся в соответствии с количеством выпадающих осадков и с „сезонными“ изменениями климата.

„Отличительные особенности вадозных вод состоят в непостоянстве их дебита, в изменчивости концентрации, в относительно невысокой температуре, малой и редкой газоносности и в банальном, если можно так выразиться, химическом составе. Ювенильные воды, в узком смысле Зюсса, характеризуются постоянством дебита, температуры (иногда очень высокой) и концентрации, значительным содержанием свободных и растворенных газов и разнообразным, сложным, а иногда и оригинальным химическим составом.

„... Где же, в каких геологических областях искать воды того или другого типа?

„Мне думается, ответ здесь ясен: если вадозные воды могут быть всюду, где выпадает атмосферная влага, где существуют условия для ее просачивания в почву и подземного движения, то ювенильные воды, связанные с остыванием магмы, с удобными для ее движения путями, могут быть только там, где эта магма близко подходит к земной поверхности, где существуют глубокие тектонические нарушения, резкие дислокации, которые, давая начало глубоким трещинам, сбросам и разломам, создают условия, облегчающие движение выделяемых магмой продуктов снизу вверх, из глубины к поверхности. Словом, ювенильные воды могут быть там, где имеется сложная геологическая структура, где есть горные цепи, большие сбросы или прорывы магмы, и не найдутся в областях спокойного пластования осадочных толщ, не испытавших ни дислокационных нарушений, ни магматических интрузий, близко подходящих к поверхности; такие области — районы преимущественного распространения вадозных вод.

„Любопытно отметить, что огромное множество минеральных вод русской равнины относится к числу вод соленых, особенное обилие которых наблюдается на востоке и северо-востоке, т.-е. там, где широким развитием пользуются отложения пермской системы, для которой характерны и штоки каменной соли (Илецкая защита, Бахмутская котловина), и промышленные соляные рассолы (Вологодская, Вятская, Пермская губ., Славянск), а иногда очень крупные залежи гипса“.

„Еще более пространными, чем соленые и сернистые, на площади нашей равнины являются воды железистые, часто берущие свое начало в тех толщах ледниковых отложений, которые спускаются с севера на юг и мощным пластом покрывают все более ранние образования“. (Г е р а с и м о в).

Для выяснения возможности тех или иных минеральных источников Северного края обратимся к его геологическому строению:

Под значительной толщей ледниковых наносов, достигающих местами до 40 сажен и более, залегает мощный слой осадков пермской системы.

„На востоке они доходят до западного Приуралья, на западе граничат с каменноугольными отложениями Кириллова (Череповецкой губ.), на севере тянутся до Ледовитого океана, а на юге скрываются под более поздними отложениями в прикаспийских степях. Эта мощная свита пермских пластов в вертикальном направлении делится на три крупных отдела: нижний, или толща красноцветных глинистых песчаников и песчанистых мергелей, средний — известковый (русский цехштейн) и верхний мергелисто-песчаный или ярус пестрых мергелей...“*

Ярус пестрых мергелей или, как его назвал Никитин, татарский ярус, распространен почти на всем протяжении нашего пермского бассейна, исключая лишь северные и восточные окраины. Его выходы известны в бб. губерниях Казанской, Вятской, Пермской, Уфимской, Оренбургской, Костромской, частью Ярославской, Вологодской, Северодвинской и в прикаспийских степях в обнажениях горы Б. Богдо.

В бб. Вологодской и Северодвинской губерниях отложения татарского яруса пользуются очень широким распространением, занимая главным образом центр и северозападную часть названной площади. Выходы пестроцветной толщи можно наблюдать в береговых обнажениях рек Сухоны, Большой и Малой Северной Двины, Вычегды, Сысолы, Юга и Ваги.

По течению Сухоны пестроцветные породы в первый раз встречаются в 13 км ниже г. Тотьмы. Они здесь показываются над самым горизонтом реки и представлены красными глинами без окаменелостей. Немного южнее, в окрестностях городов Тотьмы и Леденгска (35 км южнее Тотьмы), породы татарского яруса были обнаружены бурением на глубине 13—20 сажен

* К. С а д о к о в. Верхнепермские континентальные отложения Вологодской и Северодвинской губ. Материалы по изучению и использованию производительных сил Северного края. Выпуск II.

под моренным наносом. Общая мощность их здесь достигает 100 сажен. В нижних горизонтах они богаты включениями гипса и каменной соли, с целью добывания которой и заложены буровые скважины Барботде-Марни приводит списки буровых проб из нескольких рассольных труб данного района, по которым мы можем ознакомиться с петрографическим составом всей пестроцветной толщи и проследить ее изменения в вертикальном направлении. Я здесь приведу не весь список но, для примера, лишь разрез одной трубы.

Тотьма

Евгеньевская скважина

Сажени	
18— 29	Краснобурый мергель
21	Глинистый желтый песчаник
22	Мягкий краснобурый мергель
24	Желтосерый мергель
24,5	Плотный серый известняк без окаменелости
25— 28	Красный мергель
29— 30	Мелоподобный мергель
31— 34	Красноватый мергель
36— 42	Красноватый мергель с полосками белого
43— 43	Конгломератовидный серый известняк с желваками
44	Краснобурый глинистый песчаник
46	Красный мергель
47	Плотная красная глина
50	Красная плотная известковая глина
54	Серый конгломератовидный известняк
58	Известковистая красная глина
60	Плотный известняк
64	Зеленоват-серый известняк с прослойками глины
67— 97	Тонкозернистый плотный серый гипс
99—100	Мелоподобный известняк с листочками селенита.
119	Белый глинистый известняк, преисполненный листочками
и далее	селенита с окаменелостями

Как показывают буровые скважины, соленосный слой лежит на границе между цехштейном и татарской толщей.

Вот геологическая картина Северного края, и „мы не встретили среди вод вадозных таких неожиданностей, которые не могли бы найти простое объяснение в совершенно понятных химических процессах; мы не найдем тут высоких температур, мощных газовых струй и повышенной радиоактивности,— не найдем, словом, ничего, что так обычно для минеральных вод, известных в странах с сложной геологической структурой, что так характерно для вод „ювенильных“. (Герасимов).

Согласно вышеприведенным характеристикам как геологической структуры местности, так и минеральных вод, являющихся продуктами данной геологической структуры, мы имеем для Северного края воды железистые, берущие начало из ледниковых наносов (Корнильевские, Девятиизбенские источники), соленые — на границе цехштейна и татарского Яруса: Леденгск, Тотьма, Сольвычегодск, Серегово и во многих других местах края и сероводородистые, „образование которых надо поставить в связь с окислением серного колчедана и последующим влиянием органических веществ, заключенных в толще осадков

и восстанавливающих возникшие сульфаты с выделением названного газа, а иногда и серы" (Герасимов), (Шалакуша, Вонява и многие другие), а также разложением гипсов.

Таковы воды Северного края, из которых одни используются как курорты (Корнильев, Тотьма, Леденгск, Сольвычегодск, Серегово), другие же ждут своего изучения и надлежащего использования (Шалакуша, Вонява и др.).

Перейдем к климатическим условиям наших курортов.

Климат Тотьмы, Леденгска, Сольвычегодска и Серегова можно назвать умеренным, с умеренно-влажным летом и холодной зимой. При сравнении температурных данных для других курортов севера, в курортные месяцы температура северных курортов мало чем отличается от них.

Месяцы	Тотьма 31 г.	Сольвыче- годск	Старая Русса 8 л.	Аренсбург 22 г.	Гапсаль 9 л.	Рига 16 л.	Друске- ники 7 л.	Нарва 3 г.	Бирштаны 6 л.	Ревель
Июнь . .	15,5	14,7	17,5	14,1	13,9	16,0	18,5	15,4	16,2	14,6
Июль . .	17,9	18,1	18,0	14,8	17,4	17,3	19,1	16,7	18,5	18,0
Август . .	14,7	14,9	14,6	12,9	16,2	15,6	17,0	17,9	17,3	16,5
Средняя за 3 месяца	16,03	15,9	16,9	13,9	15,8	16,5	18,2	16,6	17,3	16,5

Таким образом средняя трехмесячная температура летних месяцев по курортам Северного края мало отличается от Старой Руссы, Гапсали, Риги, Нарвы, Ревеля. Максимальная за май—30,3, июнь—33,2, август—31,8.

Годовая относительная влажность—79%, по сезонам она распределяется так: зима—86, весна—72, лето—73, осень—86. Летний период Тотьмы обладает низким давлением: май—761,3, июнь—758,75, июль—757,6, август—758,6, в отличие от зимнего 764,3—январь*. Облачность за год для Тотьмы 7,5, покрытие неба по сезонам: зима 8,0, весна 6,8, лето 6,9, осень 8,2. Средняя облачность для России—6,5.** Господствующие ветры: западные—15,9%, югозападные 28,9%, южные—12%. Климатические факторы других курортов Северного края мало чем различаются от вышеприведенных.

Относительно химического состава вод, используемых на курортах Северного края, приходится отметить, что все они принадлежат к водам поваренной соли, значительной крепости: наибольшая—в Серегове, далее—Тотьма, Леденгск и наименьшая в Сольвычегодске, с большим или меньшим содержанием сероводорода, с наименьшим в Тотьме и Леденгске и значительным в Сольвычегодске, но этому фактору не приходится придавать

* И л ь и н с к и й — журнал „Север“, № 3.

** Р о ж и н — Метеорология края. Рукопись.

значения в силу того, что при перекачках и способе нагрева весь сероводород улетучивается, не достигая ванн.

В прежнее время придавали очень большое значение химическому составу ванн, предполагая, что вещества, растворенные в той среде, из которой готовится ванна, всасываются через кожу и так или иначе поступают в кровь, но последние, самые точные исследования доказали, что через кожу из ванн ничего не всасывается, а ванны действуют лишь как раздражитель, тем самым оказывая, с одной стороны, влияние на кровообращение и, с другой, улучшая, питание организма в целом, или пораженного органа в частности, и таким путем воздействуя на патологические процессы.

То или иное воздействие ванны на организм зависит от ее температуры, плотности или вязкости (в смысле давления на поверхность тела и влияния на изменение кровообращения); теплоемкости (т.-е. теплопроводности) и химического состава, поскольку он является раздражителем кожи.

Температура ванн, допустимая для организма, и их теплопроводность идут рука об руку, и среда, обладающая наименьшей теплопроводностью, является наиболее выгодной в смысле высоких температур; таким образом, сухой воздух, обладая незначительной теплопроводностью, является наиболее подходящей средой для ванн высоких температур, и Бир, разработавший в совершенстве метод лечения активной и пассивной температуры, при применении местных суховоздушных ванн доводит эти температуры до 100—120° С.

Воздух, насыщенный паром, не допуская столь высоких температур, как сухой воздух, все же позволяет применять температуры свыше 50°. Он используется как прекрасное терапевтическое средство при многих заболеваниях. Им пользуется русский народ в самом широком масштабе — в виде паровой бани, но, к сожалению, без врачебного указания и контроля и с переусердствованием в смысле времени и температур, чем очень часто вместо пользы приносится вред. Допуская наивысшие температуры, воздух в то же время не обладает другими необходимыми качествами ванн, т.-е. не является средой, сколько-нибудь изменяющей давление или влияющей химически на нашу кожу (в смысле раздражения).

Следующей лечебной средой является песок. Обладая малой теплопроводностью, он тоже допускает, хотя и не такие, как воздух, высокие температуры, но все же более высокие, чем остальные, употребляемые для ванн вещества. Оказывая уже достаточное давление на наше тело, он не обладает химически раздражающим действием на кожу. Применение песочных ванн солнечного нагрева известно уже с глубокой древности, но научное обоснование дал ему Флемминг, устроив около 65 лет тому назад лечебницу в Саксонии. У нас песочные ванны применялись в Евпатории. Над изучением действия их работали доктора Колокольников, Парийский, Безроднов, Попов и др. Температура песочных ванн применяется от 48 до 50° С, редко — в 52°, и только для отдельных частей тела можно пользоваться температурой в 56°.

Всем этим требованиям удовлетворяют грязи, обладая меньшей теплопроводностью, чем минеральные ванны, или ванны из пресной воды. Они допускают более высокие температуры, и благодаря своей большей вязкости сильнее действуют на поверхность тела в смысле давления и изменения кровообращения. В то же время они являются и хорошим химическим раздражителем кожи благодаря своему химическому составу и составу той воды, которой они разводятся.

На вопросе о грязелечении позволим себе остановиться. Понятия о грязелечении у нас и за границей иные: то, что за границей называется грязелечением, — совершенно не соответствует нашим понятиям. В то время, когда мы почти исключительно привыкли пользоваться ваннами из ила, осаждающегося на дне соляных озер и лиманов, за границей почти исключительно пользуются торфяными ваннами. В начале прошлого столетия в Мариенбаде и Франценсбаде были разработаны методы и приспособления, которые в короткое время этому роду ванн завоевали выдающееся положение. У нас применяются торфяные ванны лишь в Липецке и Кеммерне (теперь отошедшем от нас). Научное грязелечение существует у нас с 1828 года, когда по инициативе князя Воронцова правительство построило специальное ванное здание на Сакском озере. До этого же момента там существовало примитивное народное грязелечение по татарскому способу, на описании которого я останавливаться не буду.

О сущности действия грязевых (торфяных) ванн не бесполезно привести выдержку из статьи Садикова:

„По вопросу о всасывании веществ, растворенных в грязевой ванне, было произведено научное исследование в 1910 году в Кеммерне. Это исследование позволило распространить и на грязевые ванны положение, установленное для водяных ванн, именно оно показало, что кожа непроницаема для электролитов, даже находящихся в коллоидной среде, и что всасыванием веществ, растворенных в грязевой ванне, нельзя объяснить действия грязевых ванн.

„Действие кеммернских грязевых ванн не обусловлено, таким образом, присутствием минеральных солей, ибо они так же не могут всасываться через неповрежденную кожу, как не всасываются растворы. Но купальная реакция не может зависеть и от других растворимых элементов грязевой ванны, которым приписывают исключительное значение. В грязевых ваннах Кеммерна, несмотря на применение сероводородной воды, не содержится вовсе сероводорода, как показали специальные опыты. Сероводород всецело улетучивается при прогревании грязевой массы паром. Сероводород, иод, серная и муравьиная кислоты и амины отсутствуют в кеммернской грязи, и потому эти агенты нельзя считать существенными для грязелечения, ибо и без них достигается высокий терапевтический эффект. Единственными причинами подобного эффекта являются механические и термические моменты. Для установления непосредственной зависимости между

* Лозинский — Бальнеология практического врача.

механическими и термическими влияниями и физиологическим действием грязевых ванн мною в 1912 году была предложена „гипотеза усталости“, которая в сущности является „гипотезой бальнеотерапевтической интоксикации“. Сущность ее сводится к следующему. Целебное влияние грязи на организм нужно объяснить тем, что грязевые ванны вызывают систематическое пассивное утомление, сильно напоминающее симптомы самоотравления (учащение дыхания, усиленное кровообращение, повышение температуры тела, упадок мышечной силы, сонливость). Эта пассивная усталость является возбудителем антигенной реакции, которая обогащает организм специфическими гормогенами различных тканей и повышает медленно и упорно интенсивность жизненных процессов. Гипотеза усталости основывается на учении Вейхардта о кенотоксинах и приписывает общий лечебный эффект грязелечения иммуно-химически повышенной энергии тканей, а не тому или иному физическому или химическому свойству грязевой среды. Как это подтверждается и наблюдениями эмпирической бальнеологии, грязевые ванны приносят пользу лишь тому организму, защитные приспособления которого в состоянии вызвать целебную „купальную“ реакцию. Ослабленному организму те же грязевые ванны приносят ущерб, так как накоплением кенотоксинов они лишь утомляют истощенный организм, неспособный выработать в достаточной мере соответствующее количество антитоксинов“.

За грязевыми ваннами по своей терапевтической ценности следуют ванны из минеральной воды, которая уже не допускает тех высоких температур, как предыдущие среды, благодаря своей большей теплопроводности, и не оказывает того давления, как песок или грязь, но является весьма удобным раздражителем на кожу, который мы здесь с успехом можем регулировать; благодаря же легкости своего приготовления и очень широкому значению минеральным источников эти ванны и получили столь значительное распространение.

Наконец, мы должны еще упомянуть об искусственных как минеральных (соленых), так и из органических веществ ваннах (из сосновых игл, экстракта и т. п.), которые действуют тем же путем, что и ванны из естественных источников, меняя лишь химический раздражитель на кожу; при этом самый раздражитель, повидимому, не играет здесь заметной роли и является лечебным фактором постольку, поскольку вызывает реакцию кожи, т. е. ее активную гиперемия. Поэтому безразлично, — будет ли эта гиперемия вызвана солями или гуминовыми кислотами, или эфирными маслами, лишь бы степень этой гиперемии была одна и та же. Нужно, однако, оговориться, что ванны с газированной водой, из ароматических веществ (как то: сосновый экстракт, хвоя и т. п.) действуют еще и через дыхательные органы, всасываясь в кровь. Больной, находясь в ванне, в то же время находится в атмосфере выделяемых ванной газов (сероводород — Мацеста, уголекислота — Нарзан) или ароматических веществ. Действие этих ванн тем самым и отличается от действия простых минеральных и грязевых ванн. Конечно, чем кон-

центрированное растворов раздражающих веществ, тем рельефнее кожная реакция, тем рельефнее и терапевтический эффект. И в Саках или Майнаках, при применении только рапных ванн, он значительнее, чем в Солигаличе или Старой Руссе.

Одним из лучших раздражителей является поваренная соль, и поэтому как у нас, так и за границей, там, где есть выходы источников поваренной соли на поверхность, где способствуют этому природные условия (легкая доступность источника, условия жизни, условия местности, климата и т. д.), устраиваются курорты; поэтому именно так излюблены назначения врачами соляных ванн и в домашней обстановке, с одной стороны — вследствие легкой доступности их как в смысле цены, так и возможности добывания этого материала, с другой — вследствие легкой вызываемости кожной реакции поваренной солью, а также и в смысле легкости контроля за концентрацией раствора, а тем самым и за реакцией самого организма, в силу чего, регулируя концентрацию, мы можем усилить или ослабить реакцию организма.

Далее, чем концентрированное раствор, употребляемый для ванн, тем большей вязкостью он обладает и оказывает значительно большее давление на погруженное в ванну тело, тем легче, совместно с другими факторами, вызывает и образование кенотоксина (Лозинский, Садиков); ему мы и обязаны купальной реакцией, которая в сущности и есть терапевтический эффект, вызываемый бальнеотерапией.

Кроме рассолов, в Сольвычегодске имеется еще и грязь. Экспедиция Центрального курортологического института в 1929 году определила запас грязи приблизительно в 650 тысяч ведер. Грязь — мягкая, пластичная, маркая масса, с резким запахом сероводорода, с 3,5.

Кроме того, как в Тотьме, так и в Сольвычегодске имеются скважины с питьевой водой — горькосоленой, с значительным содержанием сернокислой магнезии и действующих как прекрасное слабительное, но, к сожалению, с лечебной целью не используются.

Показания к лечению на курортах Северного края те же, что и для других соляных курортов, а именно:

1. Страдание костей, суставов и мышц травматического, токсического и инфекционного происхождения (артриты, контузии, дисторсии, бурситы, ригидность, контрактуры, рубцы, периститы, костная мозоль).

2. Страдание лимфатических желез.

3. Страдания женской и мужской половых сфер: воспаление тазовой клетчатки, брюшины, рубцовое смещение матки, метриты, эндометриты, оофориты, воспаление простаты, яичек и придатка.

4. Страдания периферической нервной системы: невриты, периневриты и невралгии травматического, токсического и инфекционного характера.

5. Остатки воспалительных процессов в грудной и брюшной полостях как последствия инфекции и травмы.

6. Болезни обмена веществ.

7. Воспалительные страдания периферической кровеносной системы: флебиты, тромбофлебиты.

Противопоказания те же, что и вообще для всех курортно-бальнеологических процедур, а именно: душевные болезни, прогрессивный паралич, эпилепсия и тяжелые формы неврозов, злокачественные опухоли, злокачественная анемия и лейкомия, острые инфекционные болезни; глубокие изменения внутренних органов с выявлениями декомпенсации, сильный упадок питания и вообще истощение как результат интоксикации; заболевание сердца (миокардит, жировое перерождение) и артериосклероз. Туберкулез легких в активной стадии; маточные и другие кровотечения, почечные, геморройные, кишечные и желудочные, апopleктическое сложение при артериосклерозе и наклонность к мозговым приливам.

По крепости своих рассолов северные курорты занимают довольно видное место среди не только курортов РСФСР, но и в европейском масштабе. На них достаточно обращено внимания в центре, отпущены достаточные средства на строительство, но на месте, повидимому, еще недостаточно оценено их значение, и все курортотечение сводится к бальнеологическим процедурам и питанию; полное отсутствие электроустановок, лаборатории и рентгеновского кабинета и вдобавок один врач на каждом курорте, — все это говорит о недостаточной оценке значения курортов, если это не полное непонимание их ценности. Достаточно указать на такие факты, которые я наблюдал в Тотье: участок земли, в то время, когда организовался курорт, на котором находится Михайловская скважина, отведен был в ведение курорта, но попал каким-то образом в ведение соседнего колхоза; колхоз же с одной стороны скважины устроил навозную траншею, а с другой — скотный двор со стоками и в скважину и в речку Ковду, из которой курорт пользуется питьевой водой; далее строится обширное общежитие: все террасы обращены на северо-запад, а уборные — на юг лицом к курорту.

Такое невнимательное отношение к курорту, конечно, сильно понижает его ценность.

Die Curörter des Nördlichen Gebiets

Dr. P. A. Kadnikov

Die Curörter des Nördlichen Gebiets, der Stärke ihrer Salzlacken gemäss, stehen auf einer ansehnlicher Höhe unter Curörtern von RSFSR. Klimatische Bedingungen und Wegedcommunicationen ermöglichen eine weitere Entwicklung dieser Curörter.

Der ökonomischen — und der Curansicht gemäss muss jeder Kranke in den Curörtern behandelt werden, möglichst in seinem Aufenthaltsorte.

СОДЕРЖАНИЕ

От издательства	3
От редакции	5
1. В. Д. Андреевская. П. П. Мокровский.— Биографический очерк . . .	5
2. Д-р А. П. Цветков. П. П. Мокровский как хирург	8
3. Д-р В. В. Лебедев. Общественная работа П. П. Мокровского в деле здра- воохранения	13
4. Проф. В. Р. Брайцев (Москва). Спастические состояния желчного пузыря при обострениях хронического аппендицита	15
5. Д-р Д. А. Груздев (Кострома). Функциональная проба почек с примене- нием внутрипузырного разделения мочи сепаратором Люиса	25
6. Д-р И. П. Ласточкин (Юрьевец). Пятьсот шестьдесят пять грыжесечений . . .	33
7. Д-р В. И. Рождественский (Череповец). Фасциальный шов при переломе надколенника	44
8. Д-р В. И. Рождественский. К вопросу об оперативном лечении выпадения прямой кишки	47
9. Д-р С. А. Сергиевский (Вологда). К вопросу о забрюшинных липомах . . .	51
10. Д-р А. Н. Орлов (Вологда). К вопросу о кесарском сечении при узком тазе и препятствиях со стороны мягких родовых путей	60
11. Д-р А. Н. Орлов и Е. Н. Смирнова-Семенова (Вологда). Клинические ма- териалы к учению о фибромиомах матки	106
12. Д-р Н. Н. Рукин (Вологда). Клинические наблюдения над спинномозго- вой анестезией при гинекологических операциях	139
13. Д-р В. В. Рождественский (Кадников). Три литопедиона	159
14. Д-р К. Н. Михайлов (Вологда). О туберкулезе грудных желез	167
15. Д-р Н. А. Слугинов и д-р Л. В. Проскуряков (Вологда). К патологической анатомии аппендицита и связи его с заболеваниями других органов . . .	179
16. Д-р М. М. Содман (Вологда). Abortивное лечение сифилиса на основании материала из Горбольницы	193
17. Д-р Д. С. Гинзбург (Вологда). Случай болезни Дарье	195
18. Д-р Н. В. Фалин (Вологда). Движение населения в пределах 6. Воло- годской губернии по данным переписей 1897, 1917, 1920, 1923 гг.	199
19. Д-р П. А. Кадников (Вологда). Курорты Северного края	235

INHALTSVERZEICHNISS

1. V. D. Andrejevskaja — P. P. Mokrovsky. Biographischer Abriss	5
2. Dr. A. P. Zvetkov — P. P. Mokrovsky als Chirurg	8
3. Dr. V. V. Lebedev — Gesellschaftliche Arbeit von Mokrovsky auf dem Gesundheitspflegegebiete	13
4. Prof. V. R. Braizev (Moscou) — État spasmatique de la vessie biliaire pendant les exacerbations de l'appendicite chronique	15
5. Dr. D. A. Grusdev (Kostroma) — Funktionalprobe der Nieren mit Anwendung des Luysseparators	25
6. Dr. I. P. Lastochkin (Jurievets) — Five hundred and sixty five hernia sections	33
7. Dr. V. I. Rozhdestvensky (Cherepovets) — Fascia-suture in cases of fraction of the upper-knee	44
8. Dr. V. I. Rozhdestvensky (Cherepovets) — Problem of surgical treatment of prolapsus of rectum	47
9. Dr. S. A. Sergievsky (Wologda) — Problem of beyond-abdominal lipomas	51
10. Dr. A. N. Orlov (Wologda) — Kaiserschnitt bei engem Becken und bei Hindernissen seitens weichen Geburtswege	60
11. Dr. A. N. Orlov und Dr. E. N. Smirnova-Semenova (Wologda) Klinische Materialien zur Lehre von den Uterusmyomen	106
12. Dr. N. N. Rukin (Wologda) — Klinische Beobachtungen der Rücken marksanaesthesia bei gynäkologischen Operationen	139
13. Dr. V. V. Rozhdestvensky (Kadnikov) — Drei Fälle von Lithopaedion	159
14. Dr. K. N. Michaylov (Wologda) — Von der Brustdrüsentuberkulose	167
15. Dr. N. A. Sluginov und Dr. L. V. Proskuriakov (Wologda) — Zur pathologischen Anatomie des Appendicitis und seinem Zusammenhange mit der Erkrankung anderer Organen	179
16. Dr. M. M. Sodmann (Wologda) — Eine Syphilisabortivbehandlung laut Materialien aus dem Gouvernement-Krankenhaus	193
17. Dr. D. S. Ginsburg (Wologda) — Ein Fall der Darierkrankheit	195
18. Dr. N. W. Falin (Wologda) — Der Bevölkerungszustand des Wologodschen Gouvernement laut den Anzeigen der Volkszählung in den Jahren 1897, 1917, 1920 und 1923	199
19. Dr. P. A. Kadnikov (Wologda) — Curörter des Nördlichen Gebiets	235

Отв. ред. д-р *А. Н. Орлов*. Редакция — д-ра *С. Ф. Горталов*, *В. В. Лебедев*
и *А. П. Цветков*. Техред *А. А. Веселовская*

Уполн. Севкрайлита № 150. Тираж 1000. Заказ № 527. Печат. л. 15,5. Сдано
в произв. 2/III 1936 г. Подписано к печати 23/VI 1936 г.

Вологда, тип. „Северный Печатник“ УМП Северного края, ул. К. Маркса, 70

ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ И ПОПРАВКИ

Стр.	Строка	Напечатано	Следует
26	1 сверху	Luis	Luys
26	23 "	$C \frac{D}{1,85}$	$C = \frac{D}{1,85}$
28	26 "	двустороний	двусторонний
62	9 "	отделил пуповину со стороны полости матки,	отделил пуповину, со стороны полости матки
70	9 "	запоздалого	запоздалой
80	табл. 2	включены еще два случая повторного кесарского сечения	
93	9 снизу	клиссического	классического
95	21 "	случаев, роль	случаев роль,
101	24 сверху	Latyko	Latzko
102	7 "	Adhaerens	Adhérences
103	31 "	Zyr	Zur
104	5 снизу	Schwangenschaft	Schwangerschaft
108	6 "	67,58%	68,58%
110	табл. 3		в графе „Девицы“ за скобку надо взять цифры соответственно возрасту от 11 до 25 лет
113	9 снизу	подъем миоматозных	подъем числа миома- тозных
116	13 "	родами	родами.
120	14 сверху	кожи	ножки
122	17 "	слизистость	слизистое
122	18 "	кистовидность	кистовидное
125	17 "	анамнетический	анамнестический
136	21 "	Рознегардт	Розенгардт
153	5 "	не производительно	не продолжительно
165	4 "	Galli	Galli,
175	8 "	неге	него
178	4 "	Пожарский	Пожариский

4 р. 50 к.