

ВРАЧЕБНЫЙ ВЕСТНИК

НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ологодского Губернского Отдела Здравоохранения
и Рижского Военного Госпиталя.

ГОД ИЗДАНИЯ ПЕРВЫЙ.

Август—Декабрь 1921 г.

ВОЛОГДА.

Типография Северосоюза.

1922.

Редакция Врачебного Вестника оставляет за собою право сокращать рукописи и делать в них необходимые поправки.

В присылаемых рукописях обратная сторона полулиста должна быть оставлена чистой, рукопись должна быть написана четко, страницы пронумерованы.

Статьи, где либо напечатанные, или имеющие быть напечатанными в других изданиях, не принимаются.

Отдельные отгиски, или номера журнала в количестве 10 высылаются лишь авторам оригинальных статей, выразившим желание получить таковые.

Статьи, письма, запросы и проч. переписку просим направлять по адресу членов Редакционной Коллегии:

Д-ра Фалина, Вологодский Губздравотдел или

д-ра Греюри, Хирургическое Отделение 6. Рижского ныне Вологодского военного госпиталя. Г. Вологда.

ВРАЧЕБНЫЙ ВЕСТНИК

НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

025.914.

Вологодского Губернского Отдела Здравоохранения
и Рижского Военного Госпиталя.

ГОД ИЗДАНИЯ ПЕРВЫЙ.

Август—Декабрь 1921 г.

ВОЛОГДА.
Типография Северосоюза.
1922.

СОДЕРЖАНИЕ №№ 8—12.

Оригинальные статьи:

	Стран.
<i>Проф. В. А. Оппель.</i> Наблюдения над спланхноптозом	1— 18
<i>Г. М. Датновский.</i> Хирургическое лечение гастроптоза	19— 25
<i>И. Л. Лялин.</i> Опухоли каротидных желез	26— 40
<i>А. В. Греюри.</i> Болевой симптом наблюдаемый при аппендиците	41— 44
<i>Н. М. Нейман.</i> О первичном костном эхинококке	45— 49
<i>Д. В. Кубышкин.</i> О диететическом лечении дизентерии	50— 52
<i>Н. Я. Полубояринов.</i> Четыре случая purpuræ hæmorrhagicae (Morbus Werlhofii)	53— 60
<i>В. А. Штаркер.</i> О ваго—и симпатикотонии	61— 73
<i>Обозрение текущей медицинской литературы</i>	74—100
А. Хирургия	74— 93
Б. Женские болезни	93— 95
В. Внутренние болезни	95— 97
Г. Неврология и психиатрия	98—100
<i>Отчеты о научных совещаниях врачей города Вологды</i>	101—106

Наблюдения над спланхноптозом.

Проф. В. А. Оппель.

Если я позволю себе говорить о спланхноптозе, то имею в виду исключительно, *splanchnoptosis abdominalis*, т. е. опущение органов полости живота. В таком случае под спланхноптозом, т. е. под опущением органов брюшной полости или в их совокупности, или по отдельности понимается такое состояние, когда органы, или отдельный орган, оказываются расположенными ниже того места, на котором им, по данным нормальной анатомии, быть полагается. Именно на этом основании говорят об опущении всех органов полости живота, или об опущении напр. почки, желудка, поперечной кишки, селезенки и т. д. При определенном смещении органа, мы различаем смещение органа с увеличенной против нормы подвижностью: так мы говорим о подвижной почке, о подвижной селезенке, печени, о подвижном привратнике; в противоположность этому мы знаем смещение органов с ненормальной неподвижностью: так мы встречаемся иногда со смещенной и фиксированной почкой, со смещенным и фиксированным желудком, со смещенной и фиксированной поперечной кишкой, с опущенной и фиксированной слепой кишкой и т. д. Значит, опущенный орган может обладать и обладает часто ненормальной подвижностью; с другой стороны он может оказаться лишенным присущей ему физиологической подвижности. Спрашивается: может ли опущенный, смещенный орган обладать нормальной подвижностью? Вопрос этот серьезнее, чем то может показаться с первого взгляда. Ответить на него также не так просто, как то кажется.

Чтобы подойти к ответу на поставленный вопрос, замечу предварительно, что ненормальной подвижностью может обладать орган, не страдающий опущением. Здесь я имею в виду прежде всего подвижную слепую кишку. Если некоторые авторы хотят и *coecum mobile* отнести в рубрику „птоза“, то, на мой взгляд, это недоразумение. Под опущенной слепой кишкой нужно понимать и такие слепые кишки бывают—случай, когда *coecum* лежит в малом тазу, т. е. когда она лежит ниже нормального места своего расположения. Орган, ненормально подвижный, может быть не только не опущен, но, если можно так выразиться, поднят. В этом отношении характерной бывает *S. Romanum*, когда она, при ненормальной подвижности, восходит даже до правого подреберья. Отсюда следует, что ненормальная подвижность не есть обязательный признак опущения органа. Ненормальная подвижность может существовать без опущения. Как противоположность этому, может, нужно думать, существовать опущение без ненормальной подвижности. Не подлежит никакому сомнению, что опущение органов почти постоянно сопровождается, в силу ряда причин, ненормальной подвижностью, но утверждать, что всякий опущенный орган, если только он не фиксирован патологически, должен обладать ненормальной подвижностью, я бы не решился. Для этого наши знания кажутся мне еще не достаточно точными.

Как бы то ни было, основание для суждения об опущении органов мы черпаем и должны черпать из данных нормальной анатомии. Критерием для суждения об опущении органов служит расположение их в норме.

Как всем Вам известно, за последние годы блестящая школа проф. В. Н. Шевкуненко выдвинула на сцену учение о вариантах устройства человеческого тела, о вариантах потому расположения органов. Думаю, что проф. В. Н. Шевкуненко со своей школой встал на правильную точку зрения, а эта точка зрения обязывает меня иметь ее виду. Если мы напр. видим на рентгенофотографии поперечную кишку, спускающуюся своей серединой гораздо ниже пупка, то, при настоящем положении знаний, спрашиваем себя: что это—вариант ли распо-

жения или действительно опущение? Между ответами имеется большая разница: опущение органа есть, как ни говорите, патология; вариант строения, расположения — есть все-таки норма. Допускаю вместе со школой проф. В. Н. Шевкуна-ко, что среди вариантов строения человеческого тела, среди, следовательно, вариантов расположения органов полости живота существуют, с анатомической и физиологической точек зрения, „более и менее совершенные“, но и „меньшее“ совершенство не есть еще патология; оно может служить иногда предрасположением к патологии, но не тождественно с ней. С другой стороны, у организма „совершенного“ с анатомической и физиологической точек зрения могут наступить и наступают патологические изменения. Спрашивается: у организма с „совершенным“ расположением брюшных внутренностей может ли наступить splanch-noptosis этого организма.

Вопросы, как видите, очень интересные и не просто разрешаемые, так что учение о спланхноптозе становится несколько в иную плоскость. А тут еще при-мешиваются обстоятельства, еще более затрудняющие дело. Из таких обстоя-тельств на первом месте упомяну про так называемое внутрибрюшное давление, учение о котором до сих пор еще не вышло, как мне кажется, из сферы неко-торой туманности.

Чтобы сделать последующее изложение более понятным, я к несчастью считаю себя вынужденным начать именно с вопроса о внутрибрюшном давлении.

„Внутрибрюшного давления, как постоянной величины, как нечто такого, что удерживает брюшные органы в их положении, нет“, так говорит Burckhard, на основании подробного рассмотрения литературы вопроса. „В покое“, утверж-дает Burckhardt: „мышцы живота не оказывают никакого давления на содержи-мое полости живота“. С последним утверждением едва ли можно согласи-ться. Мне представляется дело таким образом: органы полости живота развивают не-которое давление на брюшную стенку; последняя в свою очередь производит контр—давление на внутренности. Оба давления уравнивают друг друга, уничтожают друг друга. Если принять удельный вес органов полости живота, как то предлагает Kelling, равным 1, то тогда в нижней части живота внутри-брюшное давление будет измеряться длиной водяного столба „от наивысшей до наинизшей точки полости живота“ (Kelling). Следовательно, общее внутрибрюш-ное давление может считаться очень незначительным, но несомненно меняю-щимся, особенно в положительную сторону, в зависимости от различных поло-жений тела, в зависимости от различных состояний организма. Что это действи-тельно так, показывают наблюдения хирургов во время операций. Мы все знаем, что у спокойно спящего в горизонтальном положении на спине больного, когда он подготовлен к операции, когда в полости живота нет условий повышающих внутрибрюшное давление, вскрытие брюшины не сопровождается выпиранием внутренностей. Давление в полости живота при этом, значит, равно атмосфер-ному давлению. Иной раз можно наблюдать даже отрицательное давление, ибо, по вскрытии полости живота, воздух входит в полость брюшины. Если больной начинает беспокоиться, сокращать брюшную стенку, то сейчас же начинают вы-падать кишечные петли, ибо в таком случае давление в полости живота оказы-вается выше атмосферного. Нам прекрасно известно, что, при непроходимости напр. кишечника, напряжение брюшных стенок достигает иногда большой сте-пени; по разрезе брюшной стенки чуть не все кишечные петли сразу эвентри-руются из полости живота—так велико бывает давление в последней.

Для учения, однако, о спланхноптозе, как мне кажется, учение об общем внутрибрюшном давлении не имеет большого значения. Внутрибрюшное давле-ние, как целое, изменения этого давления в положительную сторону имеет боль-шое значение для вопроса о выпадении органов из полости живота при повреж-дении стенок последнего, для уяснения механизма и причин выхождения внут-ренностей из грыжевых отверстий, для выпадения прямой кишки и женских по-ловых органов. Для понимания спланхноптоза, думается мне, следует обращать внимание не на общее внутрибрюшное давление, а на частное давление отдель-

ных компонентов брюшной стенки, на прилежащие к ним органы, на расстройство соотношения сил различных стенок.

Полость живота ограничена мышечными стенками, куда входят: мышцы живота, диафрагма, мышцы промежности и поясницы. В общем, значит, полость живота представляет собой, грубо схематически, форму шара, ограниченного со всех сторон сокращающимися мышцами. Вместимость этого шара может несколько увеличиваться и несколько уменьшаться, в зависимости от большего или меньшего напр. наполнения органов, но в норме все компоненты мышечного шара, обладая определенным напряжением, противопоставляют друг другу как бы фотографически точные сокращения и расслабления. С определенным сокращением диафрагмы идет определенное сокращение передней брюшной стенки, почему органы полости живота равномерно колеблются при небольшой амплитуде колебаний.

Благодаря патологическим и даже физиологическим условиям, напр. беременности, одна из мышечных стенок—передняя—мышечного шара ослабевает, сдает, теряет возможность точно следить за движением другой стенки—диафрагмы. Совершенно ясно, что в сторону ослабевшей стенки начнет происходить колебание органов с большей амплитудой, начнется смещение органов; и чем слабее передняя брюшная стенка, чем относительно сильнее диафрагма, тем последняя получает больше возможности как бы спихивать органы книзу, в сторону наименьшего сопротивления.

Такому механизму смещения противопоставляется всетаки некоторая сила. В литературе вопроса справедливо обращено внимание на то, что присасывающее влияние легких через диафрагму может компенсировать ослабление передней брюшной стенки и удерживать органы от опущения. Возможность такой компенсации я, конечно, не отрицаю, но всякая компенсация имеет свои пределы—это во-первых; во-вторых, даже при существующей компенсации амплитуда колебаний органов должна увеличиться, значит, должно происходить некоторое смещение органов, по сравнению с нормой. Отсюда, чисто теоретически, проистекает вывод, что даже при анатомическом и физиологическом „совершенстве“ опущение органов полости живота может произойти. Практика давно показала, теория это признавала, к этой точке зрения я не могу не присоединиться, что спланхнотоз может быть приобретен.

Я только что позволил себе сравнить полость живота с шаром, ограниченным мышечными стенками. Это сравнение грубо схематическое. Если чуть внимательнее отнестись к схеме, то станет видно, что полость живота скорее напомнит нам форму эллипса; эллипс окажется, при ближайшем рассмотрении схемы, чуть перетянутым как раз почти по своей середине, так что в конце концов полость живота примет форму бисквита, если рассматривать полость живота во фронтальном сечении. Теперь я буду рассуждать, основываясь на своих соображениях, на своих наблюдениях, но к сожалению не на точных анатомических данных. Наперед извиняюсь. Если я буду грешить против истины, но без схематизации мне не удастся выяснить свою точку зрения.

Итак, примем, что форма живота во фронтальном сечении представляет собой фигуру бисквита, причем верхняя и нижняя части бисквита одинаковы по своей окружности. Очевидно, что, если такая форма и существует, то от нее имеются во всяком случае два отклонения; и очень важных. Одно из отклонений будет представлять собой бисквит с узкой верхней частью, другой—с суженной нижней частью. Сколь мало или велико может быть сужение верхней или нижней частей, я не сумею сказать, да это для меня сейчас и не важно.

Прошу запомнить мысленно построенные варианты формы полости живота. Они нам пригодятся. А теперь позвольте сразу перенести Ваше внимание совсем в другую область—в область цифр. Статистика говорит, что спланхнотоз есть преимущество женщин. Если некоторые авторы настаивают на том, что мужчины сравнительно недалеко отстают от женщин в этом отношении, то и эти авторы вынуждены признать, что пальма первенства принадлежит всетаки женщинам. В последующих докладах, очевидно, этот вопрос найдет себя яркое

освещение. Хотя мои личные цифры очень малы, но и на них видно только что сказанное, из 17 подвергнутых лично мной больных нефропексии: 16 были женского пола; из 18 оперированных по поводу coloptosis: 10 женщин, 8 мужчин; из 33 оперированных по поводу gastropstosis: женщин 22, мужчин—11; одна женщина оперирована по поводу hepatoptosis, один мужчина по поводу подвижной селезенки. В общем, значит, на 70 операций по поводу splachnoptosis 49 приходится на женщин и 21 на мужчин. Само собой разумеется, я не позволю себе вычислять % соотношений на основании личных цифр. Сошлюсь на Stiller'a, который считает, что спланхноптоз у мужчин встречается все-таки нередко; тем не менее Stiller признает, что количество мужчин, страдающих опущением внутренностей, на 10—15% меньше, чем женщин.

Если теперь мы вспомним схемы мысленного фронтального разреза через полость живота, то признаем, что вторая схема—с сужением верхней части бисквита, есть схема женского устройства полости живота. Сравнительная ширина таза, сравнительно большая его вместимость как бы приглашает внутренности спуститься в более широкое помещение. Если прибавить сюда status asthenicus, status splachnoptoticus, при котором нижняя часть грудной клетки оказывается сдавленной, узкой, то наклонность к смещению, опущению органов у женщин, часто страдающих упомянутым status, окажется весьма понятной. До какой степени у таких людей область надчревя и подреберья оказывается узкой, показывает следующее наблюдение: когда вскрыта срединным разрезом полость живота у таких людей, то края раны расходятся; в конце операции их бывает даже трудно стянуть швом. Получается такое впечатление, как будто мышцы активно сводят, соединяют, приближают друг к другу реберные края. Не даром Rovsing предлагает пластическое расширение epigastrii надставкой в разрез по средней линии.

Так называемый status asthenicus, status splachnoptoticus встречается не только у женщин, но и у мужчин. Отсюда ясно, что и у мужчин может иметься наклонность к так называемому птозу внутренностей из за узости верхнего отдела полости живота. Наоборот, у хорошо развитого мужчины схема строения полости живота должна представляться в виде бисквита с несколько суженным дном, т. е. такой вариант, который как раз мешает всякому опущению внутренностей, который как бы подпирает их сверху. Status splachnoptoticus можно рассматривать, как состояние врожденное; можно рассматривать, как состояние приобретенное, как явление, во всяком случае усиливаемое или ослабляемое условиями существования. Как ни как, нам приходится считаться с таким состоянием довольно нередко, при чем это состояние констатировать у взрослых, работоспособных, ни на что не жалующихся, считающих себя здоровыми, людей. Потому есть основание st. splachnoptot. рассматривать не как патологическое состояние, а как вариант устройства тела, в частности устройства полости живота. Естественно, что при спланхнототическом варианте конфигурации полости живота, при суженной верхней части бисквита, нужно ожидать несколько иного расположения органов полости живота, чем при варианте третьем и даже первом. В вышедшей недавно из заведомой мною клинике работе д-ра Г. М. Датновского установлено, что желудок, по форме своей, представляет 2 варианта: один—в виде рога—желудок Holzknicht'a, другой—в виде рыболовного крючка—желудок Groedel Bieder'a. После всего сказанного о схемах, думаю, будет вполне понятным, что желудок формы рога есть принадлежность брюшной полости первого или третьего варианта, желудок формы рыболовного крючка—принадлежность второго варианта. В последнем случае узость верхнего отдела брюшной полости заставляет желудок располагаться более вертикально, заставляет нижний отдел большой кривизны глубже спускаться в полость живота. Если теперь желудок, вертикально расположенный, достигает, скажем, нижней своей границей до уровня пупка, если, следовательно, с прежней точки зрения он должен был бы рассматриваться, как желудок опущенный, а с развиваемой мною точки зрения он должен быть признан, как вариант расположения при спланхнототической, астенической брюшной полости, то и возникает вопрос:

что этот желудок—обладает ли ненормальной подвижностью, или нет? Ответить на этот вопрос я не могу, потому я так осторожно высказался в предыдущем касательно значения ненормальной подвижности и отношения ее к так называемому опущению внутренностей. Приблизительно тоже самое нужно сказать о почках. *Делицин* и *Волков* в свое время показали, что, при опущении почки, имеется уплощение почечных вместилищ. Ясно, что такое уплощение может трактоваться, как вариант строения, как частичное выражение спланхнопотической брюшной полости—это, во-первых; ясно, во-вторых, что такое строение действительно предрасполагает почки к смещению книзу, по направлению к более широкому вместилищу, по направлению к наименьшему сопротивлению. При этом как раз почки представляют собой пример того, когда драган, так сказать, насильно выпихивается из более узкого места в более широкое.

На самом деле. Известно, что правая почка оказывается гораздо чаще смещенной, чем левая. Принималось, что правая почка вообще ниже стоит, следовательно, в этом можно было видеть выражение ее предрасположения к смещению. В настоящее время, на основании работы д-ра *В. А. Павленко*, вопрос этот подвергнут сомнению. Мне кажется, что для выяснения причины более частой смещаемости именно правой почки нет необходимости принимать во внимание ее более или менее высокое положение по сравнению с левой почкой, достаточно помнить, что на правую почку давит диафрагма через печень, конечно, гораздо ощутительнее, чем на левую; диафрагма как бы активно спихивает правую почку, толкает ее, и когда эта последняя, не имея достаточного помещения в поясничной области, начинает спускаться по направлению к большому тазу, то тут она встречает, если можно будет так выразиться, раздолье для своего не только помещения, но и блуждания.

Ведь на самом деле, из всех органов, имеющих возможность опускаться, почка наиболее всех склонна становиться подвижной и сильно подвижной. Полагаю, что это свойство должно быть приписано весу самой почки. Раз почка вытолкнута из своего вместилища, то по тяжести она должна начать болтаться, ибо должна смещаться по всем направлениям, следуя по тяжести за движениями тела. Если, следовательно, почка, особенно правая, наклонна к смещению, наклонна в подвижности, даже к блужданию, то отсюда вовсе не следует, что всякая почка, стоящая ниже своей нормы, должна обладать ненормальной подвижностью. И в отношении почки, ее положения я представляю себе случаи вариантного расположения в связи с общим строением полости живота: то почки будут стоять выше, то ниже, причем вопрос об обязательной увеличенной подвижности при втором варианте для меня остается открытым.

Позвольте перейти теперь к кишечнику. Особого внимания заслуживает поперечная кишка: именно она считается часто опущенной, ибо ее середина, ее дуга часто проходит ниже пупка, достигает симфиза и уходит иногда еще глубже. Мне и прежде часто приходилось задумываться над такой кишкой, над ее положением. В свое время я позволил себе назвать так называемую опущенную поперечную кишку *colon transversum longum congenitum*. Думаю сейчас, что это название может быть оставлено. Нисколько не сомневаюсь, что часть так называемых опущений поперечной кишки представляет собой вариант ее расположения—и больше ничего. Законы развития толстой кишки нам неизвестны. Почему иногда толстая кишка бывает более длинной, иногда—более короткой, почему напр. иногда и довольно часто мы находим длинную S—образную кишку, верхушкой своей доходящую до пупка, заползающую в правую подвздошную область, достигающую правого подреберья и превращающуюся в типичную *megacolon congenitum*, почему другой раз, при длинной поперечной кишке, мы находим совсем маленькую *S. Romanum*, мы сказать не можем. Мы должны пока констатировать, что это есть варианты длины отдельных отделов толстой кишки, варианты, которые, очевидно, стоят в зависимости от строения полости живота. Мне напр. кажется, что при узкой талии, при узком перешейке между двумя частями бисквита, поперечная кишка не в состоянии идти типично поперечно, она должна

лечь в складки, иначе говоря, она должна образовать дугу, верхушкой своей обращенную книзу.

Таким образом, если, сообразно с выше изложенным, необходимо признать существование приобретенного спланхноптоза, то значительная часть так называемого врожденного спланхноптоза уместится в рамки анатомических вариантов расположения. Касательно некоторых вариантов уже сейчас можно указать связь с конфигурацией полости живота; касательно других вариантов можно еще только предполагать такую связь. Важно, однако, то, что различные варианты различно предрасположены к явлениям патологического характера, к проявлению болезненных состояний. И в этом отношении можно сделать довольно определенный вывод: вариант с более низким стоянием органов более предрасположен к клиническим явлениям спланхноптоза.

Более высокое или более низкое стояние органов полости живота, присущее ли оно определенному варианту строения, или вызвано патологическими явлениями, само по себе еще не вызывает явлений клинически патологических. То или иное, даже смещенное положение органа, может быть компенсировано силами организма, потому протекать незаметно. Кто из нас, при исследовании больных, не находил напр. подвижную почку, вовсе не беспокоящую ее носительницу; думаю, многим, как и мне, приходилось находить весьма низко лежащие желудки, поперечную кишку, также протекающие без всяких жалоб со стороны больных. Эти состояния можно диагностировать, эти состояния имеют несомненный интерес, как противопоставление другим состояниям, когда смещение органа, птоз органа начинает беспокоить больного, начинает вызывать жалобы, начинает сопровождаться объективными признаками болезни.

Если постараться суммировать признаки, вызывающего страдание, спланхноптоза и найти причину этих признаков, то я бы сказал, что центр тяжести лежит в перегибе того или иного органа, или его части, а потому — в возникающем затруднении к его опорожнению. На самом деле.

При опущенном желудке чаще всего слышатся жалобы на боли после еды, причем боли успокаиваются при положении на спине и на левом главным образом боку. Эти боли я трактую, как результат перегиба привратника, или двенадцатиперстной кишки. Исчезание более — как следствие исправления перегиба. Больные с опущенной почкой жалуются на боли в поясничной области, проходящие нередко в коленно-локтевом положении с опущенной верхней частью туловища. Боли объясняются перегибом мочеточника и последующим растяжением мочевой лоханки. Больные с опущенной поперечной кишкой жалуются на запоры, боли по ходу толстой кишки, правой ее части. Дело разъясняется перегибом селезеночной кривизны кишки. Таким образом, патология начинается с механических препятствий к опорожнению. Механическое препятствие влечет за собой постепенно развивающиеся существенные изменения в органах; в общем и главном эти изменения сводятся к эктазии, к расширению органа.

Так происходит с желудком, так происходит с почкой, так происходит с толстой кишкой, так происходит даже с селезенкой, ибо она, будучи смещена, будучи подвижна, оказывается увеличенной в своих размерах, переполненной кровью в виду перегиба ее ножки, ввиду затруднения к опорожнению венозной крови. Само собой разумеется, перегиб почечного hilus'a может также неблагоприятно отразиться на почке, как отражается на селезенке, но от подробностей я отказываюсь.

Эктазия органа не остается безразличной для входящих в состав его тканей, его паренхимы. Существо органа начинает страдать. Позволю себе обратить внимание на чрезвычайно в этом отношении ценные указания проф. С. П. Федорова, который, при подвижных почках, находил изменения, и постоянные, паренхимы почек. Не могу в параллель не поставить того факта, что эктазированный, на почве опущения, желудок страдает в своей секреторной деятельности; опущение поперечной кишки ведет к катарру и весьма упорному всего проксимального отдела толстой кишки. Опущение селезенки сопровождается склерозом ее ткани.

Таким образом в течении спланхноптоза следует различать три периода: 1) период перегиба органа, 2) период эктазии, 3) период атрофии, во всяком случае глубоких изменений паренхимы или слизистой оболочки органа.

Значит, клиническое проявление спланхноптоза начинается с того момента, когда компенсаторных сил организма оказывается недостаточным. Механическое препятствие, которое преодолевалось органом, с известного момента не преодолевается в совершенной форме, расстраивается компенсация, понимая ее широко, начинается болезнь от механического препятствия к опорожнению, причем ближайшим патологическим следствием оказывается эктазия органа.

Для меня, значит, механизм клинического проявления спланхноптоза рисуется довольно ясно. Если это так с точки зрения патологии, с точки зрения патогенеза, то несколько иначе дело обстоит с диагностикой. Если исключить подвижную почку, диагностировать которую на самом деле обычно не трудно, то диагностика опущения желудка, диагностика опущения толстой кишки представляют часто большие затруднения. Говорю об этом потому, что мне пришлось оперировать больных с опущением желудка, когда предварительно имелись rozpoznания: то язвы желудка, то желчной колики; мне приходилось оперировать больных, у которых симптомокомплекс вызывался опущением поперечной кишки, а распознавания гласили о круглой язве желудка, о раковом новообразовании и т. д. Если бы я задал себе задачу изблжить сейчас симптомокомплекс опущения желудка или опущения толстой кишки, то я, во-первых, занял бы массу времени, во-вторых, в конце концов едва ли убедил бы в том, что распознавание может быть поставлено и поставлено точно, на основании обычных клинических симптомов. Все симптомы, начиная со *st. asthenicus*, конечно, подозрительны, конечно, дают право предполагать опущение того или иного органа, но окончательное суждение можно вынести при двух методах исследования: или серии снимков Рентгеновскими лучами, или подробным осмотром полости живота во время операции. Надеюсь, что последнее не звучит очень страшно. В то время, когда мы имели возможность производить Рентгеновские снимки в желаемом количестве, больные, заподозренные в спланхноптозе, подвергались серии снимков: сейчас же после приема висмута, через 1, 3, 5, 7, 12, 24, 48 и если нужно, 72 часа после приема висмута. Такая серия снимков давала полное представление о странствовании висмута по желудочно-кишечному каналу, о времени его пребывания в определенных отделах желудочно-кишечной трубки, давала возможность, значит, точно судить о различных препятствиях, встречающихся на пути движения висмута, давала возможность оценивать эти препятствия и делать терапевтические заключения.

Думаю, что второй способ исследования не может встретить больших возражений. Я вовсе не рекомендую всякого больного с целью диагностики спланхноптоза лапоротомировать и таким путем исследовать. Но я говорю следующее: если сумма клинических признаков заставляет признать распознавание напр. опущения желудка, если сумма клинических признаков служит достаточным показанием к оперативному лечению такого то больного, то при чревосечении следует осмотреть не только подозреваемый желудок, но и всю напр. толстую кишку, ибо иначе можно упустить существенное.

До какой степени это так, показывает ряд моих наблюдений, когда, оперируя по поводу спланхноптоза, мне приходилось за один раз производить в полости живота несколько вмешательств, напр.: опускание угла селезеночного изгиба поперечной кишки, фиксацию последней, ампутацию червообразного отростка, уничтожение рубцовых тяжей на брыжейке *S-Romani*, даже ушивание желчного пузыря, фиксацию печени и т. д. Если сразу не все сделано, ибо не было достаточно выяснено, то приходится оперировать больных повторно. В этом отношении любопытен один больной.

Набл. I. Летом 1918 г. в лечебнице Пассельцара мне пришлось оперировать больного 49 лет. страдавшего двухсторонней паховой грыжей. Больной представлял собой тип настоящего неврастеника. Он жаловался на боли после еды в подложечной области, больше в левой стороне. На основании жалоб больного, я полагал, что помню грыж, имею дело с язвой желудка. Т. к. больной просил избавить его от грыж, считая, что именно грыжи вызывают у него болезненные явления,

то я произвел двухстороннюю радикальную операцию по Roux. Раны зажили прекрасно, но от болей, конечно, пациент не освободился. Он продолжал сильно беспокоиться своими болями, умолял избавить его от болезненных ощущений, не дающих ему никакого покоя. Больной был помещен мной в Государственный Радио-Рентгенологический Институт с подозрением на язву желудка. Произведя исследование лучами Рентгена, д-р *М. И. Немецков*, пришел к заключению, что язвы нет, что имеется небольшое сравнительно опущение желудка (большая кривизна стояла ниже пупка). При операции действительно язвы не оказалось. Ввиду опущения желудка с некоторой эктазией его, я наложил заднее желудочно-кишечное соустье. Операция прошла вполне благополучно, но и после этой операции больной не избавился от болей. Он постоянно меня навещал, выражая настойчивое желание избавиться от болезни, не дающей ему жить. Теперь больной был помещен в Академическую хирургическую клинику. При исследовании обнаружен перегиб селезеночной кривизны поперечной кишки. 18-го февраля 1920 года была произведена третья операция. Гастроэнтеростомическое отверстие найдено вполне проходимым. Я перерезал *lig. phrenicocolicum*; угол селезеночного изгиба сейчас же опустился. Операция прошла также благополучно, как и предыдущие. Боли после операции исчезли.

Это наблюдение весьма поучительно: больной трижды подвергался операции; первые две операции, имея все показания к своему производству, не дали того эффекта, который дала наиболее маленькая операция—перерезка *lig. phrenicocolici*, которая устранила мучившее больного механическое препятствие к передвижению кишечного содержимого.

Если теперь от вопросов диагностики перейти к терапии, то естественным будет искать краеугольный камень в предупреждении патологических явлений. Не лишено возможности, что в нашей власти влиять до известной степени на строение человеческого тела и таким образом на расположение органов полости живота в благоприятном смысле. Если перед нами человек со *status splanchnoptoticus*, если мы в праве подозревать вариант расположения внутренностей, predisposing к перегибам, если мы путем применения напр. рентгеновских лучей можем распознать такой вариант даже во всех деталях, то, понятно, должны быть озабочены предупреждением развития перегиба. Тут найдет свое место и применение специальной диеты, и применение целесообразных поясов, поддерживающих брюшные внутренности, и применение специальной гимнастики, поднимающей ребра, расширяющей верхний отдел брюшной полости, превращающий уродливый бисквит в настоящий равномерный.

Нам, хирургам, однако, чаще всего приходится иметь дело уже с выраженными явлениями патологии, с явлениями перегибов, с явлениями затрудненного опорожнения содержимого органов, с механическими препятствиями, дающими о себе знать клиническими симптомами. Возникшим механическим препятствиям нам приходится противопоставлять механические методы лечения, стремящиеся к уничтожению существующих перегибов. И в этом отношении, как видите, в первом периоде заболевания, задача наша прежде всего чисто профилактическая, сводящаяся к тому, чтобы предупредить развитие тех дегенеративных изменений в органах, кои наступают вслед за длительным существованием механических препятствий к опорожнению.

Думаю, что самый простой и самый частый случай хирургического вмешательства по поводу подвижности органа есть операция по поводу подвижной почки. Всем известно, что наличие подвижной почки не равнозначуще со страданием больного. Понятно, трудно найти совершенно определенные показания к операции там, где почка не вызывает никаких субъективных ощущений, где, очевидно, при своей подвижности, она опорожняется правильно, причем не страдает ее кровообращение. Можно сказать, что *perihorrexia* предпринимается в таких случаях в видах предупреждения страдания. Если больной согласен на такое предупредительное лечение, то я бы не стал его отговаривать от операции.

Определенные же показания к операции являются, на мой взгляд, тогда, когда имеются боли, когда, следовательно, дело главным образом идет о перегибе мочеточника, о расширении лоханки, о перегибе сосудов. Я позволю себе не говорить о других толкованиях болезненных ощущений при подвижной почке, ибо имею в виду лишь главное. И вот, с точки зрения главного требуется произвести пришивание почки, дабы уничтожить перегиб мочеточника, дабы предупредить развитие эктазии лоханки. Я лично всегда производжу операцию пришивания почки по *Rovsing's*. Скажу, что способ этот весьма простой и надеж-

ный. Не буду его сравнивать с другими способами, дабы не загромождать изложение. Позволю себе только заметить, что не следует во что бы то ни стало, как то советует Rovsing, стремиться поместить почку на так называемое нормальное место. Дело лечения подвижной почки состоит вовсе не в том, чтобы почка села именно туда, где ей быть полагается, по данным нормальной анатомии, т. е. у 12 ребра. Необходимо устранить перегиб мочеточника и почечной ножки; если это достигается помещением почки ниже 12 ребра, то никаких возражений такое расположение почки не может встретить. Это тем более, если мы будем подходить к вопросу о фиксации почки с точки зрения вариантов анатомического ее расположения. Тогда окажется прямо нецелесообразным стараться впихнуть почку в узкий верхний отдел полости живота, где ей даже не место сидеть. Смее думать, что настойчивое пришивание почки так, чтобы ее нижний полюс чуть выстоял ниже края 12 ребра, при спланхнототическом варианте может послужить поводом к последующим после операции болевым ощущениям. На самом деле: если мы зафиксируем почку в узком верхнем сегменте, где места для почки мало, если почка там плотно прирастет, как она прирастает после операции фиксации, то последующее надавливание напр. на правую почку со стороны диафрагмы, последующее стремление организма сместить почку к низу может вызвать болезненные ощущения. Причина их понятна.

Тот же самый принцип приложим к лечению опущений желудка: с моей точки зрения, необходимо уничтожить препятствие для опорожнения желудка, препятствие, состоящее в перегибе привратника или двенадцатиперстной кишки. Это достигается фиксацией желудка. При пришивании почки, мы фиксируем ее ткань, не стесняя ее сократительный аппарат-лоханку. При фиксации желудка мы также не должны стеснять его перистальтику. Если мы в конце концов принуждены оказываемся поступиться свободой движения желудка, то должны стремиться к тому, чтобы поступиться в минимальной степени. Способ Rovsinga, прикрепляющий желудок широко к передней брюшной стенке, думаю, грешит против такого принципа. Уже в 1913 года я пользуюсь своим методом пришивания желудка. Подробно об этом способе будет говорить д-р Г. М. Дятловский. Замечу в двух словах, что при моем способе пришивается передняя поверхность желудка, параллельно малой кривизне, на протяжении 7—10 см. к нижнему краю левой доли печени. Таким образом, поднимается малая кривизна желудка, благодаря чему исправляется изгиб привратника—двенадцатиперстной кишки. Нижний край печени представляет собой образование довольно мягкое, податливое, которое не может сильно стеснять движения желудка. Мой способ находится в полном соответствии с учением о вариантах строения брюшной полости. ибо желудок пришивается к левому краю печени, расположенному по определенному варианту, значит, пришивается как раз так, как желудку лежать надлежит. Моему способу делается такое возражение: желудок, пришитый к печени, при наклонности к спланхнотозу, будет иметь возможность увлекать своей тяжестью книзу и печень. Думаю, во-первых, что печень часто достаточно укреплена, чтобы не поддаться силе тяжести желудка; во вторых, при констатируемом опущении печени, я присоединяю к фиксации желудка фиксацию печени, при чем фиксирую ее выпуклую поверхность к разрезу в epigastrium, пришивая печень не только к брюшине, но и к апонейрозу. Благодаря сказанному, печень приобретает новую точку опоры, при чем не стесняется в своих дыхательных размахах. В третьих, спусканию органов я противопоставляю пластику брюшной стенки, нижнего его отдела, о чем речь еще впереди. Один раз, при выраженном опущении печени, мне пришлось столкнуться с интересными данными. Наблюдение это заслуживает некоторого внимания, потому позволю себе его здесь и привести.

Наб. II. Больная Елена К., 33 л. Явления желчно-каменной болезни. Диагноз: cholecystitis calculosa. Операция 29 ноября, 1913 г. (№ 163 по опер. журналу). Морфий-эфир. Ввиду расхождения прямых мышц и небольшой пупочной грыжи, разрез по средней линии живота. В верхних двух третях разрез через все слои брюшной стенки, в нижней трети—только до апонейроза. Печень опущена. Желчный пузырь вытянутой верхушкой припаян к поперечной кишке. Верхушка желчного пузыря рубцово изменена, атонична, легко собирается в складки. Спайки рыхлые. Участок печени

над желчным пузырем рубцовый. Двенадцатиперстная кишка проходит под мостом желчного пузыря. Слайки желчного пузыря разведены, верхушка желчного пузыря (в нем камней нет, стенка его не утолщена) ушита так, чтобы она стояла на уровне с краем печени и пришита к последнему. Правая и левая доли печени пришиты к передней брюшной стенке: правая двумя, левая одним — образным швом. Червеобразный отросток здоров, вся поперечная кишка опущена, но без резких изгибов. Пупок иссечен. Глухой шов брюшной стенки в 3 яруса: 1-ый ярус — брюшина и апоневроз, 2-ой — дубликатура из апоневроза и мышцы, 3 — подкожная клетчатка и кожа. Выздоровление.

По поводу этого наблюдения может возникнуть вопрос о целесообразности ушивания желчного пузыря. Так как камней в пузыре не было, так как стенка пузыря (за исключением верхушки) была совершенно нормальна, т. к. экстазию пузыря я рассматривал, как последствие перегиба *d. cystici* на почве *hepatoptosis*, то я не видел никаких показаний к удалению пузыря. Оставить эктазированный, истонченный и рубцовую верхушку мне казалось не целесообразным; потому я ушил пузырь, как ушиваю эктазированную слепую кишку. Существовавшая слайка между желчным пузырем и поперечной кишкой, само собой разумеется, свидетельствует о протекшем воспалительном процессе. Он несомненно протекал вследствие затруднения к истоку желчи от перегиба *d. cystici*, но уже заглух, а потому пузырь должно было рассматривать, как здоровый, не считая эктазии, которую удалось устранить ушиванием.

Наиболее простым и удовлетворительным способом фиксации, смещенной и подвижной селезенки, мне кажется, следует считать образование кармана из брюшины для нижней половины селезенки (Rydygier). Когда мне в свое время пришлось оперировать по поводу подвижной селезенки, я не воспользовался этим способом, ибо доступ к подреберью оказался слишком узок. Я пришел селезенку к диафрагме.

Довольно трудным нужно считать вопрос о лечении так называемой опущенной поперечной кишки, при чем под опущением я сейчас, в согласии с вышесказанным, понимаю определенное положение органа, вызывающее суб'ективные и об'ективные признаки затрудненного опорожнения от содержимого. По поводу как раз поперечной кишки моя мысль эволюционировала в довольно широких размерах. Позволю себе остановиться на эволюции.

Впервые с „опущением“ поперечной кишки я столкнулся в 1909 году.

Набл. III. Роман Л., 53 л., поступил в процедент. хирург. клинику с жалобами на сильнейшие запоры и боли по ходу толстой кишки. Диагноз: *Tumor abdominis*. Операция 8-го октября 1909 г. (№ 46 по оп. журн.) Морфий-эфир. Разрез по средней линии от пупка книзу. *S-Romanum* опасаясь, с калом; опухоли в ней нет. *Colon transversum* на длинной брыжейке, гиперемирована, набита калом. Очевидно, ввиду длинной брыжейки, поперечная кишка свисает, и перегибается у селезеночного изгиба. Брыжейка S-образной кишки в спайках — *mesosigmoiditis*. В желудке ничего ненормального. Фиксация поперечной кишки 6-ью швами по середине длины кишки: два шва серо-серозных, соединяющих кишку с париетальной брюшиной, справа от разреза, два шва — слева от разреза брюшной стенки; два шва по краям разреза брюшной стенки; последние швы проведены через мышцы. Глухой шов раны. Из боязни непроходимости кишечника, которая могла не пройти после фиксации поперечной кишки, в правой подвздошной области первый акт *anus praeternaturalis* на слепой кишке.

Послеоперационный период без осложнений. Опорожнения кишечника сделались значительно лучше. Присоединились боли в фиксированной слепой кишке. Боли до того беспокоили больного, что 5-го ноября того же года (№ 78) под морфий — новокаином операция освобождения слепой кишки. Кишка тесно спаяна с брюшной стенкой, в подкожной клетчатке кусок кишки в виде гриба. Кишка опущена в полость брюшины. Шов брюшной стенки, небольшой тампон. Послеоперационное течение гладкое, выздоровление.

Хотя операция кончилась довольно благоприятно, тем не менее способ фиксации кишки меня не удовлетворял: можно было ожидать болевых ощущений от пристеночной фиксации кишки, от потягиваний ее за чувствительную париетальную брюшину. Я начал искать других способов лечения. Первым из них явился анастомоз между верхушкой опущенной поперечной кишки и верхушкой C-образной кишки.

Нельзя забывать, что нередко, при опущении толстой кишки, C-образная оказывается увеличенной, длинной, с известными изменениями в ее брыжейке, предрасполагающими к завороту (рубцовые тяжи брыжейки, сближение колен C-образной кишки). Соустие между поперечной и C-образной сразу убивает двух зайцев: 1) разгружает поперечную кишку, опорожнение которой затруд-

нато, при наличии перегиба селезеночной кривизны, 2) предупреждает заворот С-образной кишки. Таких операций произведено мною 6.

Набл. IV. Ефрем Б., 33 лет. Диагноз: *Stricture S. Romani*? Операция 10-го октября 1909 г. (№ 48) Мерфи-эфир. Разрез по средней линии. Положение по *Trenfelenburg*'у. С-образная кишка без сужения. *Mesosigmoiditis*. Спайки *Mesosigmoidei* с париетальной брюшиной, глубокий recessus в брыжейке *S-Romani*. Спайки разведены, recessus зашит. Анастомоз *Transverso-Sigmoideostomia*. Осмотрены все тонкие кишки; в них ничего ненормального. Диагноз при операции: *Coloptosis et Mesosigmoiditis*. Глухой шов брюшной стенки. Выздоровление.

Табл. V. Григорий И., 32 л. Диагноз: *Synechiae peritonei*. Операция 10-го февраля, 1911 г. (№ 189) Разрез по средней линии. Место бывшей грыжи по средней линии спаяно великолепным рубцом. В полости брюшины спаек нет. Желудок нормален. Поперечная кишка сильно опущена, вздута, нисходящая спавшаяся. Селезеночная кривизна подтянута очень высоко. Сделана *transverso-sigmoideostomia*. Глухой шов брюшной стенки. Выздоровление.

Набл. VI. Татьяна Н., 18 л. Диагноз: перегиб *flex. lienalis*. Операция 28-го сентября, 1913 г. (№ 42) Гедонал в вены. Разрез по средней линии живота. Поперечная кишка опущена, верхушка ее лежит ниже пупка, легко смещается к малому тазу, вздута, уходит глубоко кверху в левое подреберье. Сальник в левой половине запрокинут и припаян в глубине левого подреберья. Нисходящая кишка спавшаяся, в ее брыжейке тяжи. С-образная кишка длинная, на брыжейке белые тяжи и перемычки. Без всякого напряжения поперечная кишка сводится с С-образной. Соединить поперечную кишку с нисходящей труднее: для этого первую нужно перекнуть. Слезая кишка нормальна, отросток совершенно здоров, подвижен. Сделана *transversosigmoideostomia*. Анастомоз спереди закрыт 3-мя рядами швов. Анастомоз свободно пропускает 2 пальца. По наложении анастомоза, газы сейчас же начали переходить из поперечной кишки в С-образную. Глухой шов стенки живота. Выздоровление.

Набл. VII. Прасковья К., 23 л. Диагноз: *coloptosis* (№ 71). Операция 10-го октября, 1913 г. Гедонал в вены. Срединный разрез. Верхушка поперечной кишки лежит много ниже пупка. Передняя *taenia* печеночного изгиба припаяна к париетальной брюшине, поэтому кишка перегибается. Спайка разделена. Червеобразный отросток совершенно нормален. Ввиду того, что правая сторона толстой кишки, по разделении спайки, совершенно расправилась, причем передняя *taenia* держит правый угол дугой, решено произвести *transverso-sigmoideostomia* для облегчения опорожнения левой половины поперечной кишки. С-образная кишка не очень велика, но совершенно свободно сводится с верхушкой поперечной кишки. При их соединении, не образуется никакого напряжения брыжеек. Анастомоз наложен, спереди 3 яруса швов; последним ярусом пришито к анастомозу основание большого сальника. После наложения анастомоза С-образная кишка легко уходит книзу. Глухой шов. 17-го октября внезапная смерть. Вскрытие: тромбоз легочной артерии.

К вопросу о *transverso-sigmoideostomia* придется еще вернуться после. Пока я говорю о нем только потому, что предполагал в свое время заменить этим анастомозом фиксацию поперечной кишки. Такую идею я оставил, т. к. наложение внутренних свищей должно иметь свои более строгие показания, чем перегиб напр. селезеночной кривизны или перегиб печеночного угла поперечной кишки. Смею думать, что перегиб может быть исправлен более простым и менее сложным путем. Если я не был удовлетворен фиксацией поперечной кишки к передней брюшной стенке, то надлежало изыскать иной способ, более, так сказать, физиологический для исправления положения поперечной кишки. С этой целью я дважды произвел пришивание поперечной кишки к передней поверхности желудка, параллельно большой кривизне последнего, при помощи ленты свободно пересеженной с бедра широкой фасции. Длина ленты 13—17 см., ширина около 3 см. Один край ленты пришивается к желудку, другой — к поперечной кишке.

Набл. VIII. Анна Г., 29 лет. Диагноз: перегиб *flexurae lienalis coli*. Операция 2-го ноября 1913 г. (№ 114). Разрез по средней линии. Поперечная кишка лежит ниже пупка, затем круто поднимается вверх и влево. *Lig. phrenico-col.* перерезана между лигатурами, *flex. lienalis* опущена. По наружной поверхности правого бедра разрез длиной в 15 см. Вырезана лента апонейроза длиной в 13 шириной в 3 см. Эта лента поверхностью, обращенной к наружной фасции, уложена параллельно большой кривизне желудка; верхний ее край пришит узловатыми швами к желудку. К нижнему краю ленты узловатыми швами пришита поперечная кишка, которая таким образом прикреплена к желудку искусственной связкой, допускающей подвижность поперечной кишки. Верхушка червеобразного отростка, свободна основание в спайках. Отросток иссечен, слепая кишка ушита. Глухой шов покровов живота и раны бедра. Выздоровление.

Набл. IX. Бронислава О., 24 л. Диагноз: *Coloptosis coli transversi*. Операция 20 ноября, 1913 г. (№ 99) Гедонал в вены. Разрез по средней линии. Поперечная кишка резко опущена. С-образная кишка маленькая. Вместо *lig phrenico colicum*, *flex. lienalis* подтягивается кверху тяжем брюшины, идущим от брюшины диафрагмы к брыжейке угла селезеночного изгиба. Этот тяж тупо разделен, угол кишки опущен. Из широкой фасции правого бедра взята полоса в 17 см длиной, 2 с половиной шириной. Верхним краем полоса пришита к желудку, параллельно большой кривизне. К нижнему краю проколами через *lig gastro-colicum-colon transversum*. На правую половину поперечной

кишки не хватило апонейротической ленты, почему правая половина осталась опущенной; для устранения этого, правая сторона lig. gastro-colic укорочена образованием складок. Червеобразный отросток совершенно здоров. Глухой шов брюшной стенки. Выздоровление.

В этих двух случаях, рядом с фиксацией поперечной кишки, произведена другая маленькая операция—перерезка lig phrenico—colici и опущение селезеночного изгиба. Возникает вопрос, какая из двух операций помогла больной—это во-первых; во-вторых, следует ли производить всегда фиксацию поперечной кишки? Думаю прежде всего, что способ фиксации заслуживает внимания: он прост и надежен. В тоже время думаю, что пришивание кишки может и не требоваться. Если на самом деле так называемая опущенная толстая кишка является вариантом расположения, если она представляет собой colon longum congenitum, то ее пришивание есть насильственный акт расположить кишку так, как ей не следует лежать. Если иметь ввиду, что страдание коренится в перегибе селезеночного или печеночного изгиба кишки, то самым простым вмешательством окажется просто опущение или расправление изгиба. Вот почему в последующих операциях я начал отказываться от пришивания кишки и начал переходить к опущению или расправлению места изгиба.

Набл. X. Евдокия М., 30 л. Диагноз: Appendicitis, cbl. trans. longum congenitum. Операция 10-го декабря 1913 г. (№ 172). Эфир. Разрез по средней линии. Червеобразный отросток вздут у основания, спаян с соесом. Снаружи на mesosigmoidеum спайка с париетальной брюшиной и несколько как бы сухожильных тяжей. И те, и другие перерезаны и сшиты поперечно. У печеночного изгиба поперечной кишки спайки, обуславливающие изгиб. Спайки перерезаны, flexura опущена. Отросток иссечен; около него вскрыта маленькая полость с кашецеобразным содержимым. Культи отростка погружена и ушита 2-мя юрасами швов. В шов взята прилегающая подвздошная кишка при своем впадении в слепую. Слепая кишка маленькая, не растянутая. Селезеночный изгиб стоит высоко, transversasigmoidеostomia. Глухой шов стенки живота. Выздоровление.

Набл. XI. Ксения Д., 26 л. Диагноз: Coloptosis, appendicitis. Обострение менее 24 часов. Операция 24-го апреля 1914 г. (№ 390). Разрез по средней линии живота до симфиза, причем в нижней части живота разрез только до апонейроза. Отросток утолщен, свежее гиперемирован, прилежит к брыжейке подвздошной кишки, на которой имеются тонкие рубцовые тяжи. Слепая кишка вялая, широкая. Селезеночный изгиб поперечной кишки стоит высоко, поддерживается толстой lig phrenico—colicum. Связка перерезана, угол кишки опущен. Печеночный изгиб изогнут. Поперечная кишка спаяна с восходящей, спайки разделены, угол выправлен. Отросток ампутирован. Слепая кишка ушита. Глухой шов раны: 1) брюшина, 2) апонейроз и мышцы, 3) складки брюшной стенки вертикально по всей длине раны. Живот таким образом значительно ушит, так что получился избыток кожи, который удален. Выздоровление.

Если я сюда прибавлю больного (набл. I), о котором речь шла выше, которого я трижды оперировал и в конце концов принужден был опустить селезеночный изгиб кишки, то получится 5 операций опущения углов кишки, причем большая часть приходится, конечно, на селезеночный изгиб.

Операция опущения селезеночного изгиба крайне проста, может быть занесена в рубрику типичных операций, ибо приходится иметь дело с анатомически существующей связкой, слишком высоко фиксирующей кишку, а потому предрасполагающей кишку к перегибу и влекущей за собой перегиб со всеми его последствиями. Касательно предлагаемой мною маленькой операции может возникнуть ряд сомнений. Первое из них касается, вопроса о том, всегда ли при опущении поперечной кишки селезеночный угол стоит высоко и представляет собой препятствие для передвижения кишечного содержимого. На этот вопрос следует ответить отрицательно. Мне пришлось раз оперировать больного с общим спланхноптозом, причем как печеночный, так и селезеночный углы кишки оказались опущенными. Ясно, что при таком положении вещей искусственное опущение изгиба не требуется.

Набл. XII. Станислав Ш., 30 л. Диагноз: Coloptosis compr. doloross. Операция 9-го ноября, 1919 г. (№ 132). Разрез по средней линии. Опущены печень и желудок, большая кривизна последнего на уровне пупка. Поперечная кишка доходит до малого таза, селезеночный изгиб опущен. С—образная кишка маленькая. Слепая кишка эктазирована, отросток расположен по задней поверхности слепой, спаян с ней; верхушка его вздута. Отросток ампутирован, слепая кишка ушита. Глухой шов раны. Фиксации органов не сделано, так как все они опущены. Выздоровление.

Второе сомнение касается целесообразности опущения селезеночного изгиба поперечной кишки. В своем обширном труде, касающемся опущения желудка, д-р Г. М. Датновский, на мой взгляд, справедливо указывает, что опущение

желудка, идущее с опущением привратника, с физиологической точки зрения, выгоднее и переносится больным легче, чем опущение желудка с фиксированным привратником, т. к. в последнем случае желудку, для его опорожнения, приходится преодолевать большее затруднение. Я давно пришел к аналогичной точке зрения по поводу селезеночного и печеночного изгибов поперечной кишки и считаю эти маленькие операции вполне целесообразными.

Последнее сомнение касается вопроса о том, может ли такая маленькая операция дать длительный благоприятный эффект. Теоретически нет никаких оснований ожидать неудач. Но длительное благотворное влияние могу практически подтвердить одним наблюдением. Дело шло, правда, не о типичном высоком стоянии селезеночного искривления, а о перегибе его спайками большого сальника. Больной страдал явлениями хронической непроходимости кишечника. При операции я перерезал спайки, исправил искривление. Больной поправился. Я видел больного через 4 года после операции; он чувствовал себя хорошо: никаких явлений затрудненного опорожнения кишечника после операции у него не наблюдалось.

Набл. XIII Ч., 40 л. Диагноз: непроходимость кишечника. Операция 14-го октября, 1916 г (№ 62) Разрез по средней линии. Тонкие кишки вздуты, слепая и восходящая кишки также; С—об-разная и нисходящая спавшиеся. Хотя селезеночный изгиб стоит низко, но перетяжками сальника, идущими к селезенке, перегнут. По разрезу спаек, селезеночный изгиб исправлен; из поперечной кишки в нисходящую, а потом и в прямую, протолкнут каловый камень, застрявший перед местом изгиба селезеночной кривизны. Глухой шов раны. Выздоровление. С тех пор все явления запоров у больного исчезли. Зимой 1919—20 года я видел больного по поводу начинающейся закупорки артерий нижних конечностей. Толстая кишка функционировала постоянно хорошо.

В литературе можно найти указание на то, что освобождать селезеночную кривизну из спаек не стоит по той простой причине, что спайки снова вернутся. Само собой разумеется, перерезка связки не есть освобождение из спаек, а между тем о перерезке связки и опущении угла кишки мне в литературе ничего найти не удалось. Но и спайки спайкам—разнь. Если в полости живота имеются спайки в виде отдельных тяжей, так или иначе перегибающих кишку, то ничего кроме иссечения или пересечения такого тяжа, или тяжей делать и не стоит. Раз устраняется причина перегиба—излечение достигнуто. Но освобождать кишку из сплошных плоскостных спаек, выслаивать из них кишку часто действительно не стоит: спайки вернутся. И это тем более, что сплошные, замуравливающие кишку, спайки часто свидетельствуют о заболевании самой кишки, часто сопутствуются органическим сужением просвета кишки.

Я говорил выше, что опущение органов с развившимся препятствием к опорожнению их содержимого влечет за собой в конце концов их эктазию, расширение—второй период, а затем глубокие изменения паренхимы или слизистой оболочки—третий период. При таком положении вещей дело лечения усложняется. Конечно, крайне важно, в какой мере эктазия может быть исправлена сократительной силой самого органа после устранения перегиба. Нужно думать, что умеренной степени эктазии могут исчезнуть. Потому напр. при сравнительно небольшой эктазии лоханки почку все же можно зафиксировать. Но если напр. опущенная почка превратилась в перемежающийся гидронефроз большого размера, причем почечная ткань подверглась значительной атрофии, то рассчитывать на сокращение гидронефротического мешка едва ли окажется возможным. В таком случае показана нефрэктомия.

Желудок и кишка обладают гораздо более сильной сократительной способностью чем лоханка, почему при их эктазии можно больше рассчитывать на возвращение просвета к норме; тем не менее значительная степень эктазии и этих органов, особенно желудка, противопоказует, на мой взгляд, гастропексию. Приходится думать о более серьезном хирургическом вмешательстве. Лично я смогу на дело так, что, при значительных степенях эктазии желудка, следует его разгрузить, следует создать возможность более легкого его опорожнения. Этого как всем понятно, достигает гастро-энтеростомия, но, во-первых, без выключения привратника, во-вторых, без фиксации желудка. Выключение привратника не нужно потому, что оправившийся желудок может свободно продолжать

выводить свое содержимое нормальным руслом; нет никаких причин к этому ставить препятствия. Фиксация желудка не нужна теперь потому, что она может только затруднить свободу сокращений желудка, ибо желудок оказался бы теперь зафиксированным по малой кривизне к печени и по большой кривизне к mesocolon transversum.

Разгрузка желудка—дело сравнительно простое. Гораздо труднее разрешить вопрос о разгрузке поперечной кишки, при ее перегибах. Я выше говорил о transverso-sigmoideostomia, которая на самом деле дает хорошую разгрузку правой половины толстой кишки, облегчает ее опорожнение. Но тут примешивается одно обстоятельство, на которое нельзя не обратить внимание, а именно: от места соустья до селезеночного изгиба остается некоторый участок поперечной кишки, который плохо опорожняется из-за перегиба кишки. Если перегиб удастся исправить, то в таком случае, думаю, нет необходимости всегда присоединять межкишечный анастомоз; но если перегиб неисправим, если селезеночный угол так окутан наплывом спаек, что его даже и видеть нельзя, тогда об опущении угла селезеночной кривизны и думать нечего. В таких случаях волей-неволей приходится обходить препятствие при помощи межкишечного анастомоза, а этот в виде transverso-sigmoideostomia создаст до известной степени слепой мешок. Слепой же мешок может постепенно набиться калом и вызвать со своей стороны ряд нежелательных явлений. Что это так, докажется одним наблюдением, когда я произвел transverso-sigmoideostomiam, а через несколько месяцев вынужден был повторить операцию и, в виду расширения левой части поперечной кишки, приступить к резекции как этой части, так нисходящей кишки и части С—образной.

Набл. XIV. Борис М., 24 л. Диагноз: Stricture flex. lienalis coli. Операция 26-го апреля, 1912 г. (№ 300) Гедонал в вены. Большой разрез через левую прямую мышцу живота. S-Рcmanum подвижна и высоко заходит кверху, colon transversum опущена, образует у flexura lienalis угол. В области flex lienalis спайки. Подробный осмотр здесь не произведен. Сделана transverso-sigmoideost. Анастомоз: сзади 2 яруса, спереди 3 яруса свсв. Соустье большое. Выздоровление.

В октябре больной снова поступает в клинику с жалобами на боли в животе.

Операция 25-го октября (№ 69). Гедонал в вены. Разрез по старому рубцу. Анастомоз между кишками очень хорош. Блево ст анастомоза до селезеночного изгиба поперечная кишка расширена, утолщена, вялая, colon descendens спаившаяся. Сколо селезеночного изгиба большой сальник припаян по периферии кишки и перегибает последнюю. Резекция левой части поперечной кишки, нисходящей кишки и части С—образной. Погружение культи с предварительным ксисетом. Культи поперечной кишки хороша: доходит вплоть до анастомоза. Культи С—образной длиннее, ссисает снт. на 5 кнзу. Культи оставлена сравнительно длинной потому, что как раз у границы культи проходит по брыжейке питающий ствол. Глухой шов. Выздоровление.

Таким образом, разгрузка левой половины поперечной кишки при помощи Transverso-sigmoideostomia возможна, легко осуществима, выгодна в смысле фиксации большой, с рубцовыми изменениями, С—образной кишки, но к сожалению требует одного условия: проходимости селезеночного изгиба. Совершенно тоже самое можно сказать про правую половину толстой кишки, когда имеются затруднения для передвижения содержимого по ней ввиду перегиба печеночной кривизны. Если печеночный изгиб проходим, то разгрузить правую половину кишки можно анастомозом между подвздошной кишкой и поперечной. В таком случае разгрузка поможет эктазированной толстой кишке легче справиться со своей задачей.

Набл. XV. Дмитрий Г., 46 л. 3 года тому назад проф. Р. Р. Вреден удалил у больного актиномикозом пораженный участок подвздошной кишки, при чем иссек на значительном протяжении правую половину брюшной стенки. Концы резецированной кишки были соединены пугсвкой Murphy. Дефект брюшины закрыт большим сальником. Большой жалуются на боли в правой половине живота и запоры. Операция 17-го ноября, 1910 г. (№ 89) Разрез по старому рубцу. Место соединения кишек безукоризненно. Толстая кишка изменена в своем положении, печеночная кривизна приращена тяжем к пристеночной брыжине. От места спайки кнзу до правой подвздошной впадины спускается добавочная петля поперечной кишки. Тяж перерезан, печеночный угол слушен. Для разгрузки между верхушкой петли поперечной кишки в области подвздошной ямки и подвздошной кишкой, недалеко от впадения в слепую кишку, наложено боковое соустье. Глухой шов.

23-го ноября, 1912 г. (№ 107), значит, через 2 года операция по псевдоэбширной эквентрации. Все кишечные явления после прошлой операции исчезли. Разрез по выпуклости эквентрации. Вскрыта полость брюшины. Найдено место анастомоза между поперечной кишкой и подвздошной; анастомоз хорошо проходим. Часть рубца брюшной стенки иссечена. Снутри обнажен край прямой

мышцы, снаружи—остатки наружной косой. Брюшина зашита. Из разреза по наружной поверхности правого бедра иссечен кусок широкой фасции, длиной примерно в 18, шириной—в 10 см. Он перенесен в мышечный дефект брюшной стенки и пришит: снизу—к лонному и лонно-подвздошному бугоркам, к Пупартовой связке; снизу—к краю прямой мышцы, снаружи—к остаткам косых и поперечной мышц брюшной стенки. Лоскут апоневроза напряжен между местами фиксации. Глухой шов покровов. Выздоровление.

Разгрузка части толстой кишки левой половины—*transverso sigmoideostomia* и правой—*ileo transversostomia*—аналогична разгрузке желудка помощью *gastro enterostomia*. Если при гастро-энтеростомии, по поводу опущения желудка, не следует, на мой взгляд, прибегать к выключению привратника, то при разгрузке частей толстой кишки следует удостовериться, что на пространстве выключаемой кишки нет препятствий для продвижения кишечного содержимого. В противном случае, т. е. при наличии такого препятствия, из выключаемого участка толстой кишки создается слепой мешок. Мне неоднократно приходилось останавливать внимание на отрицательном значении слепых мешков при различных операциях на кишечнике. Не буду сейчас входить в этот вопрос подробно, но напомнить о нем опять считаю необходимым. Можно, конечно, сказать так: раз нет препятствий для движения кишечного содержимого по толстой кишке, то нет необходимости и разгружать кишку. Выше я позволил себе остановить внимание на опущении угла селезеночной кривизны поперечной кишки, как операции, избавляющей от необходимости всегда присоединить разгружающее мешкишечное соустье. Но думаю все-таки, по аналогии с желудком, что отказываться совсем от разгрузки кишки едва ли будет правильно.

Перед нами на самом деле может быть такой случай, когда препятствие в виде напр. перегиба селезеночной кривизны, или печеночной кривизны устранено, хотя бы перерезкой *lig. phrenico-colici*. Между тем приводящий отрезок кишки оказывается эктазированным, расширенным, атоничным. Теперь я в праве спросить себя: разве не выгодно при этих условиях, уничтожив препятствие, разгрузить кишку? Я воздержусь пока дать категорический ответ на этот вопрос, т. к. наблюдений по этому поводу, наблюдений с развиваемой точки зрения еще недостаточно, но мне кажется мысль логичной.

Если один из углов поперечной кишки представляет собой организованное препятствие для передвижения кишечного содержимого, причем препятствие не может быть устранено теми мелкими мероприятиями, о коих речь уже шла, то остается два выхода: или обойти препятствие, или его иссечь. Прежде два слова об обходе препятствия, об его выключении.

Центр тяжести обхода препятствия заключается в том, чтобы не создать при этом слепых мешков. Подходя к вопросу с такой точки зрения, можно сразу прийти к заключению, что операция, получившая, с легкой руки Рауга, права гражданства, на самом деле оказывается наимыгоднейшим исходом. Как известно, Рауг в свое время начал производить, при препятствиях в кривизнах поперечной кишки, анастомоз между поперечной кишкой и нисходящей с одной стороны, между восходящей и поперечной—с другой. Нередко сам организм предугадывает путь операции, так как левое напр. колено поперечной кишки спайками оказывается притянутым к нисходящей кишке, лежит рядом с ней. Подобное наблюдение имеется и, в моем распоряжении.

Набл. XVI. Анатолий С., 37 л. Диагноз: *Ulcus ventriculi* (?), перегиб *flex lienalis*. Операция 6-го ноября, 1913 г. (№ 121). Гедонал в вены. Большой разрез по средней линии живота. Желудок, двенадцатиперстная кишка без изменений. Селезеночный изгиб поперечной кишки в спайках, так что обнаружить его нельзя. Поперечная кишка вздута, нисходящая спавшаяся. Левое колено поперечной кишки прямо прилежит к нисходящей, выходящей из спаек. С-образная кишка короткая, анастомоз между ней и поперечной придавал бы тонкие кишки. Вертикальная *transverso descendostomia*. Сзади три ряда швов. Анастомоз прикрыт большим салником. Выздоровление.

Таким образом, мы имеем довольно большой выбор для индивидуализации способов оперативного лечения опущений поперечной кишки: исправление угла искривления, разгрузка участка кишки, выключение места препятствия. Но и этим дело не ограничивается.

Если внимательно просмотреть протоколы операций, произведенных по поводу колоптоза, то бросятся в глаза частые изменения в брыжейках вообще

толстых кишек. Эти изменения являются, нужно думать, выражением воспалительных процессов, протекающих в просвете кишки. Значит, помимо эктазии будем иметь дело и имеем его с колитами, нередко болезненными, с такими изменениями толстой кишки, которые, быть может, не исправимы, как несправима атрофия. Вопрос этот еще не решен окончательно, но можно думать, что, по аналогии напр. с перемежающимся гидронефрозом, нам придется иногда прибегать к резекции участков толстой кишки. Напомню здесь, что атония, эктазия бывают иногда столь велики, что в слепой кишке залеживаются массы плотного кала. За свою деятельность я встречался с такими изменениями в толстых кишках, которые меня вынуждали переходить к резекции и обширной резекции, вплоть до иссечения всей толстой кишки.

Набл. XVII. Апполинария К., 25 л. Диагноз: Coloptosis, colitis chronica. Гедонал в вены. Средний разрез. Поперечная кишка сильно опущена. T-vo sigmoideostomia. Разрез зашит. Новый разрез в правой подвздошной области. Червообразный отросток отделен и выведен из раны с верхушкой слепой кишки. Последняя вшита в рану. Верхушка отростка ампутирована, в слепую кишку введен катетер для промывания толстых кишек. Рана зашита наглухо. Эта операция сделана 20-го апреля, 1913 г. (№ 323). 17-го сентября вторая операция (№ 24). Гедонал в вены. Разрез по краю левой прямой мышцы от реберной дуги. Спаек в брюшине нет, спайки в окружности анастомоза — кишка спаяна с кишкой. Анастомоз хорошо проходит. Отделена от брыжейки S-romanum выше анастомоза, colon descendens, colon transvers и, до flexura hepatica. Перерезаны с инвагинацией концы S. Romanum и flex. hepatica, причем чуть вскрыт просвет S-romanum. В брюшину ничего не попало. Культя S. Romanum инвагинирована до анастомоза. Отводящий глухой конец подвздошной кишки расширен, верхушка в спайках, огечна. Этот конец до анастомоза ампутирован. Глухой шов. 27-го, при явлениях перитонита, релапаротомия. Смерть. Вскрытие: перитонит от омертвления культи печеночного изгиба поперечной кишки.

Набл. XVIII. Больная К., 27 л., направлена из Петрозаводска после операции по поводу круглой язвы желудка. При операции язвы не найдено, рана зашита. При тщательном исследовании лучами Рентгена обнаружено опущения поперечной кишки с перегибом селезеночной кривизны. Операция в 1913 г. Анастомоз между поперечной кишкой и нисходящей. Несмотря на операцию, боли остались. В 1914 г. операция: иссечение всей толстой кишки, с анастомозом между подвздошной кишкой и с-образной. Выздоровление. По имеющимся сведениям, больная все-таки не совсем поправилась: остались боли в полости живота. Возможно, что боли имели источником опущение желудка. Больная должна была снова приехать ко мне для исследования и лечения, но обстоятельства помешали этому.

Я не позволю себе точно формулировать показания к резекции толстой кишки при колонгозе. Для этого, кажется мне, данных еще все-таки недостаточно. Считаю нужным упомянуть про резекцию, так как она может быть вынуждена, а условия к ее вынуждению также на лицо.

Этим я мог бы считать свою задачу исчерпанной. Однако, меня останавливает на некоторое время вопрос о пластике брюшной стенки. Если мы вернемся к схемам строения полости живота, вспомним вторую схему — схему спланхнотомическую, то должны сюда прибавить следующее: нередко у таких больных передняя брюшная стенка оказывается относительно слабой, растянутой, живот свисает. Сюда нужно прибавить те растяжения передней брюшной стенки, которые наблюдаются вслед за родами напр. Как всем нам известно, брюшная стенка растяжима, причем растяжимость эта может касаться различных частей. Чаще всего растяжению подвергается нижняя часть брюшной стенки — hypogastrii. Иногда растягивается верхняя часть. Обратите напр. внимание на мужчин с сильной мускулатурой, страдающих напр. непроходимостью привратника. Меня часто поражало то обстоятельство, что у таких больных epigastrium оказывается расширенным, брюшная стенка надчревя вялая, растянута. Если вы вспомните схему строения брюшной полости мужчин, по которой внутренности как бы подпираются тазом и нижней частью брюшной стенки кверху, то станет понятным, что именно у таких больных расширенный, увеличенный в своих размерах желудок распирает надчревь, подпирает кверху диафрагму, находя здесь меньше сопротивления, чем в нижней части живота. Растяжение надчревя между прочим выражается в том, что на глаз становится сравнительно большим расстоянием между мечевидным отростком и пупком.

В противоположность этим больным, люди, имеющие спланхнототический вариант строения брюшной полости имеют все преимущества для постепенного растяжения брюшной стенки нижней части живота. Чем эта стенка будет боль-

ше уступать, тем, само собой понятно, органы будут больше опускаться. Думаю, что при таких условиях, фиксация органов, напр. желудка, не даст конечного эффекта, ибо опущение органов будет прогрессировать, может начать опускаться печень и т. д. Такой возможности опущения органов нужно противопоставить сопротивление нижней части брюшной стенки, и именно нижней, так как верхняя часть, принадлежащая к надчревию, у таких больных напряжена. Чтобы воссоздать сопротивляемость нижней части брюшной стенки, для этого необходимо перейти к ее пластике. Наиболее простой способ пластического укрепления состоит в ушивании ее, в наложении на нее так называемого корсетного шва. При разрезе по средней линии по поводу спланхноптоза приходится вскрывать брюшину не только в надчреви, то удлинять разрез и иногда достигать симфиза. В первом случае для укрепления брюшной стенки разрез должен быть также опущен книзу, т. е. дойти до симфиза, но в нижней своей половине, т. е. ниже пупка, разрез проникает только до апонейроза. Кожа с подкожной клетчаткой отслаиваются в обе стороны, так что апонейроз обнажается на довольно большом пространстве. Теперь остается сшить переднюю брюшную стенку складками — и корсетный шов готов. Сшивание складками передней брюшной стенки идет только до пупка, ибо, еще раз повторяю, надчреви у таких больных сравнительно узко. Было бы желательно, ушив нижнюю часть передней брюшной стенки, расширить пластически верхнюю. Думаю, что это возможно сделать, но пока во всяком случае настаиваю на ушивании только нижней части брюшной стенки.

Когда брюшина вскрыта по всей длине белой линии, то, понятно, первоначально рана живота зашивается по общим правилам. Сверх шва, соединяющего края раны, идет шов складками, шов корсетный, ушивающий брюшную стенку, возвращающий ей необходимую упругость, возвращающий ей ее сопротивляемость. После такого корсетного шва полость живота оказывается, несомненно, в нижней своей части суженной, что и требуется для предупреждения опускания внутренностей. Интересно, что после корсетного шва, как я его применяю, получается избыток кожи. Избыток может быть иссечен, хотя крайней необходимости в этом нет. Если сшить кожу, то она постепенно сама приспособляется к новым пространственным отношениям.

Корсетный шов я накладываю довольно давно. Мне помнится, что после того, как я уже начал применять такой шов, я в одной работе встретил указание на то, что к такому шву прибегают некоторые французские хирурги. К сожалению я сейчас не мог найти эту работу. Да это и не так нужно. Я вовсе не гонюсь за приоритетом по отношению к такому шву. Он так логично вытекает из условий развития спланхноптоза, он так напрашивается при мысли об укреплении передней брюшной стенки, что вполне естественно, если о таком шве говорили французские хирурги — эти блестящие техники и оригинальные мыслители.

Перехожу к заключениям: форма брюшной полости и в зависимости от этого расположение брюшных органов представляет несколько вариантов.

Я позволил себе представить три грубо схематических форм только во фронтальной плоскости. Может быть, в деталях я не совсем прав, а основная мысль, заимствованная у школы проф. *В. Н. Шевкуненко*, несомненно правильна. В литературе более старого времени мы уже имеем описания „готического подреберья“, „куполообразного подреберья“ (*Я. М. Брейтман*), имеем различные index'ы брюшной полости, измерения ее. И все это, вместе взятое, приводит нас опять к учению о вариантах, тому учению, с которого я позволил себе начать и которым кончаю.

Раз это так, многое в так называемом „спланхноптозе“ должно быть отнесено на счет вариантов расположения брюшных внутренностей, а это имеет большое клиническое значение.

С клинической точки зрения о спланхноптозе мы будем говорить тогда, когда имеются субъективные и объективные признаки патологии. Признаки эти в

первую голову объясняются перегибами органов, следовательно, возникающими механическими препятствиями к опорожнению последних.

На почве таких механических препятствий возникают эктазии органов с последующими изменениями функции их.

С точки зрения терапевтической наша задача сводится прежде всего к предупреждению возникновения перегибов, возникновения механических препятствий к опорожнению органов. Раз таковые на лицо, наша задача, на сколько это возможно, исправить перегиб, причем в этом случае необходимо считаться с анатомическим вариантом расположения органа.

Если нельзя рассчитывать на то, что исправление, устранение перегиба даст благоприятный эффект, тогда приходится прибегать к более серьезным оперативным мероприятиям, начиная с разгрузки органа и кончая иногда его частичным (толстая кишка) или даже полным иссечением (почка, толстая кишка).

(Из Академической Хирургической клиники, Заведующий-проф. В. А. Оппель.)

Хирургическое лечение гастроптоза.

Г. М. Датновскою, ассистента клиники.

(Доклад на конференции ученых обществ гор. Петрограда об „Энтероптозе“ — 30 и 31 мая 1921 г.)

Перед хирургом, изучающим гастроптоз, стоят следующие три важнейших вопроса:

1) в какой мере клинические проявления гастроптоза оправдывают оперативное вмешательство.

2) каких результатов это вмешательство может достигнуть и

3) какой оперативный метод представляет наибольшие преимущества.

Хирургическое лечение имеет своей целью исправить опущение желудка, т. е. возстановить действие тех условий, с которыми связано нормальное положение желудка и которые нарушены вследствие болезненного состояния. Для этого прежде всего необходимо выяснить все факторы, обуславливающие нормальное положение желудка в брюшной полости.

Факторы эти могут быть разбиты уже на основании данных эмбриологии (Brucman, Erik Müller, Батуев) на 2 группы: 1) на силы, заложенные в самом желудке и определяющие его специфическую форму и положение и 2) на т. н. „условия внутрибрюшного пространства“. Условия эти заключаются в зависимости положения желудка от других внутрибрюшных органов с одной и зако- нах „внутрибрюшного равновесия“ (Mathes) с другой стороны.

Исследование последних показывает, что правильное расположение внутренних органов в брюшной полости в первую очередь связано с правильным нормальным строением стенок, ограничивающих брюшную полость, а именно скелета (позвоночника и таза) и мягких частей (тазового дна, передней брюшной стенки и диафрагмы) и может быть установлено по наружным телесным признакам: правильному строению грудной клетки; физиологическому лордозу поясничной части позвоночника, значительному наклону таза и ровной конфигурации живота.

Как же влияют изменения отдельных частей, ограничивающих брюшную полость, на положение желудка? Следует считать установленным, что кифосколиоз (сл. Fleiner'a, Neek'a, Kiebst'a, Perrys, Staws и кл. пр. Опделя), грыжи и диа- стаз белой линии живота, удаление (при операции) большей части передней брюшной стенки (Склифасовский) и в редких случаях большие пахово-мошоноч- ные грыжи (Maag)—могут иметь своим последствием гастроптоз. Необходимо, од- нако, заметить, что опущение желудка вызывается лишь резко выраженными изменениями частей, ограничивающих брюшную полость; незначительная дефор- мация одной из них компенсируется действием других частей (Mathes, Bensdorf) и потому гастроптоза не вызывает.

Перечисленные изменения частей, ограничивающих брюшную полость, а также паталогические изменения внутрибрюшных органов, (новообразования, спайки после воспалительных процессов, обуславливающие т. н. „gastro-ptoses fixes“—Euriques) представляют собой одну из двух этиологических причин про- исхождения гастроптоза—а именно *механическую*.

Вторая, более часто встречающаяся причина происхождения опущения же- лудка есть *врожденная общая астения* по Stiller'y.—Птоз ребер, подвижность 10-го ребра, кифоз верхней части позвоночника, отсутствие физиологического лордоза, выпячивание нижней части живота являются характерными наружными

признаками астенических индивидуумов, у которых случайные причины, как-то: изнуряющие организм общие заболевания, беременность, роды и послеродовой период, ношение корсета, сильное стягивание живота юбками или ремнем, чрезмерные физические напряжения способны нарушить „внутрибрюшное равновесие“ и вызвать птоз внутренностей.

Значение брюшной стенки различно в зависимости от этиологии данного случая заболевания: при совершенно нормальном строении тела—дефект брюшной стенки является *primum movens* интересующего нас заболевания—в то время, как при астенической конституции он занимает наряду с атонией других частей, ограничивающих брюшную полость—лишь второе место. Вследствие этого, а также ввиду встречаемости гастроптоза у мужчин нельзя признать удачным деление Roving'a на „девичий“ (*Virginelle*) и „женский“ (*Maternelle*) гастроптоз в зависимости от состояния брюшной стенки без различия причин, это состояние обуславливающих. При наличии признаков общей астении гастроптоз может протекать одинаково независимо от состояния брюшной стенки. Ввиду этих соображений, при классификации гастроптоза, в соответствии с этиологическими причинами, вызывающими заболевание, следует различать *механическую* и *астеническую* форму болезни.

В первом случае желудок вплоть до самых значительных отклонений от нормального положения—справляется с последними, благодаря тем приспособлениям, которые заложены в нем самом, в анатомическом строении его мускулатуры, являющимся, как мы указывали вначале—одним из двух факторов, обуславливающих форму и положение нормального желудка.

В мускулатуре желудка следует, на основании исследований Knud Faber'a, Forseil'a Retzius и других различать в продольном и поперечном слоях особые мышечные пучки, отличающиеся своею крепостью, имеющие определенное направление и связанные через *Lig phrenico-gastr* и через 12-ти перстную кишку (*Lig hepato-duodenale*) с неподвижными частями брюшной полости. Из этих мышечных пучков, названные Forseil'em поддерживающими аппаратами *два* (медиальный продольный пучок и поддерживающая петля) расположены в вертикальной части желудка, (пищеварительном мешке) и *один* (*Lig ventriculi*)—в горизонтальной части его (*Canalis-egestorius*) и образуют как бы, остов желудка, определяющий направление остальной мускулатуры. В то время как в пищеварительном мешке описанная архитектура мускулатуры служит для передвижения и сегментирования пищи в пределах самого желудка, в выходном отделе она регулирует проталкивание пищевых масс в область кишечника; особенную задачу выполняет мышечный аппарат нижней части желудка, названный Forseil'em *sinus'om*, предохраняющий желудок от растяжения, регулирующий его „краниокаудальную“ длину и тем освобождающий желудок в известных пределах от исключительной зависимости формы и положения его от состояния брюшной стенки и других, изложенных нами, факторов, поддерживающий желудок в брюшной полости. Способность мускулатуры синуса приподымать нижний полюс желудка видна, между прочим, на изображении желудка в лежащем положении тела, когда его мышечные пучки—сокращаясь, принимают участие в изменении формы желудка.

Такое строение мускулатуры обуславливает не только форму желудка, но в известных пределах: в зависимости от положения тела, от наполнения желудка пищей и состояния соседних органов—и положение его. В этих физиологических смещениях желудка принимает участие не только малая и большая кривизны, но и привратник, меняющий свое положение, благодаря подвижности верхней части 12 ти перстной кишки и т. н. физиологическому птозу при переходе тела из горизонтального в вертикальное положение (*Hoezknecht*).

Большая кривизна желудка при нормальных условиях не опускается ниже пупка. Индивидуальные колебания стоят в зависимости от строения тела, пола и состояния питания и, повидимому, соответствуют двум „анатомическим вариантам“ (употребляю термин проф. В. Н. Шевкуненко)—формы желудка (форма *pora*—*Holzknacht*'a и форма рыболовного крючка—*Rieder-Groedel*'a, отличающи-

еся большей или меньшей степенью дифференцированности выходного отдела). Все эти факты установлены, главным образом, исследованиями рентгенологическими, имеющими вообще первостепенное значение для изучения анатомии желудка на живом и разрешающими в случае ненормального положения и формы его—объяснить, зависящие от этого, клинические симптомы.

Определяемое рентгенологией удлинение желудка при гастроптозе обусловлено, согласно исследованиям патологов (Herz, Simmonds), Coennen Lynch) и наблюдениям во время операции—*растяжением стенки* желудка. Это растяжение может захватить и кардинальную часть желудка (Schlesinger), о чем свидетельствует линия направления оси опущенного желудка и вызывает, благодаря напряжению брюшинного листка диафрагмы, боли в области эпигастриума—слева от белой линии, или непосредственно под мечевидным отростком. Понятно, что эти боли усиливаются при значительном наполнении желудка пищей; при более сильном растяжении и бес того ослабленной стенки желудка и связочного аппарата его. В зависимости от существующего кардио—и пилороптоза, который следует рассматривать как самостоятельный процесс (он может отсутствовать) опущенный желудок принимает отвисное положение в левой части живота и представляет собой—т. н. вертикальный желудок патолого-анатомов. Весь болезненный процесс при гастроптозе разыгрывается в левой части живота. В противоположность Straus'овской Rechtsdistanz желудка, характерной для органических заболеваний его, главным образом язв в выходной части—я позволяю себе указать на „Linksдistanz“ всего органа, особенно типичной для гастроптоза.—Все тело желудка наполнено пищей, желудочная стенка повсюду обхватывает ее. Отсутствие поперечного расширения тела желудка следует считать другим характерным признаком этой формы гастроптоза без расширения, когда клинически определяется опущение нижней границы желудка значительно ниже пупка, выступание верхней границы из под реберной дуги и пульсация аорты в свободном от желудка эпигастриуме. Наряду с нормальным, или даже скорее суженным поперечником тела желудка обращает на себя внимание расширение синуса, т. н. желудочного кармана, являющееся вместе с растяжением тела причиной низкого положения нижнего полюса желудка. Последний при опорожнении опущенного желудка не приподымается кверху, или во всяком случае делает это в очень незначительной степени, что должно быть объяснено утратой мышечным аппаратом синуса способности на почве атонии регулировать свою длину в кранио-каудальном направлении. В подобных случаях желудок и в горизонтальном положении тела сохраняет форму крючка, что также свидетельствует о недостаточности мускулатуры синуса. Ослабление всей мускулатуры желудка сказывается, между прочим, в понижении сопротивляемости желудочной стенки, поступающей пищи—в удлинении т. н. пищевого клина. Эта установленная рентгенологическим путем атония желудочной стенки находит свое подтверждение в характерном для подобного состояния мышцы желудка—понижении кислотности, колеблющейся в зависимости от общего состояния таких больных. Задержка пищи при этой форме гастроптоза не наблюдается. Объясняется это тем, что, если при опущении желудка даже, без пилороптоза, желудочной мускулатуре приходится подымать пищу на значительный уровень, то отсутствие сопротивляемости со стороны атоничной мускулатуры привратника в значительной степени компенсирует эту работу.

Другое дело при следующей форме опущения желудка гастроптозе, с расширением, когда тело желудка наполняется только в нижней своей части, когда весьма значительно расширен нижний отдел желудка, когда клинически определяются опущение большой кривизны, шум плеска, более значительное чем при первой форме, уменьшение кислотности и задержка пищи—в таких случаях, как это показывает рентгеноскопия, значительно ослабленная перистальтика мускулатуры желудка не в состоянии во время освободить его от пищи и остатки последней наблюдаются в желудке более чем через 6 часов после приема пищи. Если при первой форме гастроптоза без расширения—имеется недостаточность, главным образом, мускулатуры синуса, то при гастроптозе с расшире-

нием атония поддерживающей петли. наиболее ответственной за форму и положение тела желудка—является резко выраженной.

Рентгенологические особенности опущенного желудка без расширения наряду с клиническими симптомами, характерными для гастроптоза вообще: признаки астении, боль слева от белой линии, зависимость болей от количества, а не от качества принимаемой пищи, резкое влияние горизонтального положения в смысле успокоения болей—клинически определяемое равномерное опущение обеих кривизн, дают возможность дифференцировать эту форму гастроптоза от органического заболевания желудка, главным образом, язвы его. При гастроптозе, сопровождающемся расширением для отличия от органического заболевания—нужно иметь все признаки, позволяющие дифференцировать атоническую эктазию от механической ее формы, а также наблюдаемое при рентгеноскопии, крайне важное, по моему мнению, „концентрическое уменьшение висцеральной тени в противоположность резко выраженному горизонтальному уровню ее при механической эктазии.

Я считал необходимым подробно остановиться на исследовании изменений формы и положения опущенного желудка и установить связь их с наблюдаемыми при этом заболевании клиническими симптомами диспептического характера. Определение этой связи особенно важно именно для хирурга, т. к. является единственным путем, указывающим ему сферу его деятельности и возможного успеха от применения оперативного вмешательства при столь многогранной „хамелеоподобной“ клинической картине энтеро—в частности гастроптоза, когда на почве общей врожденной конституционной аномалии наряду с проявлением других общих заболеваний (туберкулеза, хлороза и т. д.) наблюдаются нервные симптомы, обусловленные по Dreyfussy инфериорностью (Mangel an vitaler Energie) центральной нервной системы и в частности инкоординацией вегетативной и симпатической нервной системы (Dysgarmonie der Enteropsyche“ немецких авторов). Последнее обстоятельство, известное также под названием ваготонии, нередко встречающейся у людей, страдающих энтероптозом, в состоянии, пожалуй, объяснить на основании последних исследований Bergman'a и его учеников связь гастроптоза с язвой нижнего отдела желудка и 12-ти перстной кишки, образование которых при уже имеющемся гастроптозе может быть только в исключительных случаях объяснено неблагоприятными механическими условиями, вызванными перегибами желудка вследствие неодинакового опущения пилорической его части и 12-ти перстной кишки. Дальнейшие клинические исследования habitus asthenicus'a, установленная связь последнего с Status'om thyreotonicus'om (Sfrauss и др.) возможно откроют новые горизонты в объяснении этиологических причин этого заболевания и будут иметь известные практические результаты для лечения его,

В настоящее время нам, хирургам, приходится решать вопрос, когда и какими мероприятиями можно устранить или улучшить перечисленные дефекты мускулатуры желудка, обуславливающие неправильное функционирование его. Понятно, что при гастроптозе без расширения наряду с улучшением общего состояния, при соответствующих терапевтических мероприятиях улучшается и тонус мышечной стенки желудка. Успех подобного лечения отмечен многими видными терапевтами и поэтому в случаях гастроптоза без расширения оно должно быть бесспорно испробовано. Но если внутренняя терапия не приносит облегчения или, если больной не в состоянии подвергнуться этому длительному и сложному лечению—имеем ли мы право, точно установив зависимость наблюдающихся диспептических симптомов от ненормального положения желудка, предложить такому больному хирургическое вмешательство? Rovsing, имеющий наибольший опыт в хирургическом лечении этого заболевания, говорит, что „в настоящее время нет никаких оснований отказывать больному в производстве несложной операции, подвешивания желудка—наоборот, хирургу, не оперирующему таких больных, должен быть поставлен упрек в лишении больного возможности избавиться от тяжкого заболевания“. Нужно думать, что если многие хирурги теперь еще не разделяют точки зрения Rovsing'a то причина этого в

значительной степени заключается в несовершенстве существующих оперативных методов, в частности способа операции, горячо рекомендуемого самим Rovsing'ом. Последний, как известно, независимо от Duret предложил пришивать переднюю поверхность желудка, после предварительной скарификации ее и париетального листка брюшины—к передней брюшной стенке рядами швов. Швы, проведенные обоими концами через всю толщу брюшной стенки, завязываются на передней поверхности живота. После изучения особенностей опущенного желудка, мы а priori должны высказать положение, что пришиванне желудка, производимое аналогично нефропексии—совершенно не считается с характером анатомического строения желудка. Эта операция лишает желудок возможности свободного перемещения в брюшной полости—физиологического смещения, столь необходимого для акта пищеварения при нормальных условиях и особенно важного при атонии желудочной стенки, наблюдаемой при гастроптозе. Поэтому понятны все возражения хирургов, недовольных результатами гастропексии по Duret Rovsing'y. Froell отмечает полное отсутствие перистальтики всей вертикальной части желудка после гастропексии по этому способу. Schau говорит: „Гастропексия совершенно не имеет ввиду состояния желудочной мускулатуры, она, наоборот, затрудняет опорожнение желудка вследствие образующихся спаек“, так что „припаянную часть желудка следует считать парализованной“. Nygrop должен был прибегнуть к гастроэнтеростомии чтобы избавить больного от грозных явлений расширения желудка после гастропексии по Rovsing'y. Этот автор отмечает также образование язвочек на стенке желудка, на краях спаек ее с передней брюшной стенкой. Kausch, Koerte подтверждают последние явления. Наблюдавшиеся в клинике проф. Оппеля два случая гастропексии по Rovsing'y также потребовали наложение желудочно-кишечного соустья вследствие наступившего расширения желудка, задержки пищи в нем и сильных болей.

Отмечу, что гастроэнтеростомия, а в одном случае присоединенное к ней уничтожение спаек желудка с брюшной стенкой, исправила функцию мускулатуры желудка. Весьма сильные боли, наблюдавшиеся у этих больных после гастропексии по Rovsing'y напоминают боли при язве. Статистика самого Rovsing'a при его исключительно большом материале в 163 случая (кстати сказать, вызывающем своим числом даже недоумение некоторых хирургов), при оценке самого метода операции заставляет быть весьма осторожным. Из 92-х больных, „совершенно поправившихся“ по словам Rovsing'a—33 подверглись одновременно и другим операциям 11—нефропексии, 16—гастроэнтеростомии, 2—холецистэктомии, 3—резекции желудка и 1—лиенопексии). Недопустимость оставления без внимания этого обстоятельства при сводке благоприятных результатов после гастропексии—очевидно и вместе с тем заставляет критически относиться к оценке всего статистического материала Rovsing'a. Из материала этого также видно, что среди приведенных случаев чистого гастроптоза наблюдались язвы желудка. Возможно, что именно для этих случаев подходят слова Berg'a, желающего объяснить благоприятные результаты после гастропексии по Rovsing'y указывающего, что „повидимому, благодаря гастропексии, пришитая стенка желудка имеет возможность отдыхать“. Я не имею возможности дольше останавливаться на размышлениях гипотетического характера, могущих объяснить благоприятный эффект операции—должен во всяком случае отметить, что изучение анатомических особенностей опущенного желудка не в состоянии освятить этот вопрос. В самое последнее время сам Rovsing, повидимому, начинает уступать заявлениям хирургов, недовольных его методом операции. Он говорит: „Я охотно воспользуюсь методом операции, не нарушающим свободную функцию желудка, но в достаточной степени обеспечивающим фиксацию желудка“. Rovsing имеет ввиду несовершенство оперативного метода, заключающегося в укорочении lig gastrohepaticum операции, предложенной почти одновременно Bier'ом, Stengel'em и Beyla. Несовершенство этого метода (растяжение укороченной связки) подтверждает, по моему мнению, положение, что удлинение связок является вторичным моментом при опущении желудка и что в основе этого заболевания лежит атония же-

лудочной стенки. Поэтому определенный шаг вперед в смысле оказания поддержки ослабленной мускулатуре желудка был сделан американцем Eve, который предложил пришивать стенку желудка по всей малой кривизне, забирая в складки *lig gastro-hepat*, нижней поверхности печени. Eve в 6-ти случаях из 9-ти остался доволен результатами этой операции. Я считаю недостатком этого метода, во-первых, то, что приходится проводить иглу через толщу печени, что может вызвать кровотечение и, во-вторых, что в случаях гастроптоза без расширения, а о них сейчас идет только речь, изменение всего направления желудка является с анатомической стороны необоснованным. Мы в подобных случаях должны поставить себе целью—пойти навстречу определенной недостаточности мускулатуры, выражающейся, как мы видели, главным образом, в атонии мышц синуса. Ввиду этого пришивание малой кривизны в части, соответствующей синусу к нижнему краю печени, предложенное проф. В. А. Оппелем, следует считать наиболее физиологичным и соответствующим назначению—оказать поддержку ослабленной мускулатуре синуса, дав ей искусственную точку опоры в печени. Техника операции следующая: параллельно малой кривизне, приблизительно на месте желудочного угла проводят разрез длиною в 7-8 см. через серозную оболочку, которая несколько отсепаровывается по обе стороны разреза. Желудок подводится местом разреза под нижний край печени и фиксируется к ней швами, проходящими последовательно через край печени, заднюю и переднюю пластинку серозной оболочки. Узлы завязываются на передней поверхности желудка. В клинике проф. В. А. Оппеля 16 случаев было оперировано по этому методу. Все случаи выписались в хорошем состоянии в смысле исчезновения диспептических симптомов и исправления положения желудка, проверенного рентгенологическим исследованием. 4 больных находятся продолжительное время под наблюдением (до 21½ лет)—они вполне здоровы. Главное возражение, которое может быть сделано против применения этого метода гастропексии, это то, что печень опускается вместе с желудком при энтероптозе и потому не может служить *punctum fixum* для него. Должен я сказать, что, правда, печень опускается при плоской диафрагме (положение это может быть исправлено гепатопексией), но только в исключительных случаях ее нижний край лежит значительно ниже реберной дуги. Печень задерживается при опущении своим связочным аппаратом и только в самых тяжелых случаях энтероптоза теряет связь с диафрагмой. При гастроптозе без расширения, повторяю, только применим при этой форме гастроптоза данный метод операции (пришивание желудка к печени)—опущение нижнего края печени не бывает особенно значительным, тем более, что смысл операции в первую очередь заключается в поддержке ослабленной мускулатуры, а не в возможно высоком пришивании желудка.

При атонической экстазии (гастроптозе с расширением) применение метода проф. В. А. Оппеля или других способов, имеющих своей целью приподнять весь желудок, не имеет, конечно никаких оснований—в таких случаях недостаточно оказывать поддержку ослабленной мускулатуре желудка, исчерпавшей все свои ресурсы—необходимо освободить желудок от задержки в нем пищи, а это может быть лишь достигнуто наложением желудочно-кишечного соустья. 17 случаев, оперированных по этому способу, в нашей клинике, дали весьма хорошие результаты как в отношении исчезновения диспептических явлений, так и в смысле исправления химизма желудка. Дерюжинский, а после него Keadley предложили гастроэнтеростомию комбинировать с выключением привратника при гастроптозе. Казуистика случаев Дерюжинского, показывающая, что во всех случаях он имел дело с органическими изменениями пилорической части желудка (язвы-рубцы) не может убедить в необходимости выключения привратника при чистом гастроптозе для „более физиологического действия гастроэнтеростомии“ по словам Дерюжинского. В клинике проф. В. А. Оппеля был один раз при гастроптозе выключен привратник ввиду значительного тягостного для больной затекания желчи в желудок—стало быть из совершенно других соображений, чем это предлагает Дерюжинский.

Относительно гастропластики, предложенной Biercher'ом модифицированной Bennet, Faure, Hartmann'ом, проф. Поленовым—мы должны сказать, что на основании вышеизложенных соображений, о показаниях к операции, улучшения функции желудка при расширении его, мы не в состоянии найти физиологического объяснения для применения гастропластики. Во всяком случае нельзя полагать, что атоническая стенка желудка, благодаря многочисленным спайкам, в каком либо отношении выиграет. Наоборот, образующиеся в большом количестве спайки и рубцы на месте складок должны еще более ослабить и так уже недостаточную деятельность астенической мышечной стенки желудка.

Оценка комбинированных методов (гастропексии и гастроэнтеростомии, гастропластики и пексии и др.), предложенных в большом количестве, зависит, понятно, от преимуществ и правильного показания к применению отдельных оперативных приемов, входящих в состав метода.

Кроме гепатопексии (пришивания печени к передней стенке грудной клетки при помощи lig teres или швам к диафрагме и одновременной пексии других опущенных внутрибрюшных органов необходимо остановиться на шве брюшной стенки, должествующем улучшить результат операции на желудке при гастроптозе. Rovsing предложил для уменьшения болезненных симптомов и возможно более высокого пришивания желудка—увеличить объем над пупковой области брюшной полости—пластикой брюшной стенки: он образует из передней поверхности влагалища и верхних слоев прямых мышц лоскуты, латеральные стороны которых соединяются по средней линии живота. Втянутость верхней части живота является результатом компенсации наружным атмосферным давлением недостаточной присасывающей функции диафрагмы (Mathes). Благодаря вдавлению верхней части брюшной стенки субдиафрагмальные органы, насколько это возможно, удерживаются на месте. Ввиду этого следует думать, что и после операции по Rovsing'у конфигурация брюшной стенки не изменится. Если говорить о птозе самой брюшной стенки, то нужно иметь ввиду ту часть ее, которая лежит ниже пупка и которая увлекая за собою кишечную подушку, тем самым лишает желудок его обычной поддержки. Поэтому и хирургические мероприятия, аналогично ортопедическим, должны быть направлены к укреплению именно этой части брюшных покровов. Корсетный шов, применяемый в клинике проф. В. А. Оппель достигает этой цели. Во всех случаях не только диастаза брюшных мышц, но и атоничности брюшной стенки, производится следующая операция: брюшной разрез для лапоротомии проводят книзу до симфиза, но ниже пупка разрезают только кожу, которая несколько отсепаровывается от фасции по обе стороны разреза. При зашивании брюшной раны швы на фасцию ниже пупка накладываются таким образом, что захватывают последнюю на расстоянии приблизительно двух см. от средней линии, или существующего диастаза. Во всех случаях получался крепкий рубец. Нужно думать, что дубликатура фасции по средней линии, наиболее подверженной insultам, в известной степени восстанавливает функцию брюшной стенки.

Резюмируя сказанное, считаю возможным сделать следующие выводы:

1) при известных условиях, зависящих от установленного в том или ином случае типа гастроптоза—хирургический метод лечения может считаться вполне показанным,

2) при механическом гастроптозе—уничтожение диастаза брюшных мышц, радикальное грыжесечение и т. д. уже само по себе улучшает функцию опущенного желудка. В исключительно тяжелых случаях, при значительном расширении желудка, вызванного, например, кифосколиозом—необходимо наложение желудочно-кишечного соустья,

3) при гастроптозе (астеническом) без расширения после безрезультатного терапевтического лечения, операция гастропексии к печени по методу проф. В. А. Опделя является показанной,

4) при гастроптозе (астеническом) с расширением следует считать показанной немедленную операцию наложения желудочно-кишечного соустья,

5) корсетный шов, как улучшающий результат гастропексии, следует присоединять к этой операции.

Из Академической хирургической клиники проф. В. А. Оппель.

Опухоли каротидных желез.

И. Л. Лялин.

Ровно 30 лет тому назад Marchand впервые обратил внимание медицинского мира на своеобразные опухоли, вырастающие в медиальном треугольнике шеи, источником своим имеющие так называемую каротидную железу. Опухоли эти, встречающиеся правда чрезвычайно редко, являются, по выражению Kaufmann'a и Ruppner'a доброкачественнейшими из злокачественных, расположены крайне характерно, при удалении представляют значительные затруднения для хирурга и потому заслуживают того, чтобы о них сообщить.

Впервые описал морфологию каротидной железы Hal'er в 1743 году и назвал железу—ganglion exiguum. Гистологическое ее строение описал Andersen, считавший ее за нервный узел (ganglion intercaroticum), увидев в ней нервные волокна и ганглиозные клетки. Затем Luschka отнес ее к системе надпочечников и назвал glandula intercarotica. Различные авторы называли ее различно: glomus, glomerulus, glodus, nodulus, corpusculum retrocaroticum и наконец paraganglion Arnold, найдя ее состоящей из тонких, расширенных капилляров и носившей т. обр. пещеристый характер, назвал glomerulus arteriosus intercaroticus и отнес к так—называемым кровяным железам. По Funke она встречается лишь в 12 $\frac{1}{2}$ % по Dacosta—часто отсутствует у людей, переживших период полового созревания. Располагается она в месте деления а carotis communis на внутреннюю и наружную ветви, в углу, несколько ближе к внутренней и позади ее. Это образование, парное, величиной и формой походит на рисовое зерно (размеры ее: длина 5—7 мм., ширина 2—4 мм., толщина 1 $\frac{1}{3}$ мм.), длинной осью поставленное вдоль сонной артерии, бугристое, серого, или буро-красного цвета. Латерально от нея лежит gangl plexiforme nervi vagi и v. jugul. int. медиально—трахея и n. recurrens vagi, а позади—узел симпатического нерва. В железу, плотно прилежащую к а. carotis interna из последней идут несколько мелких артериальных веточек. Доктор Москаленко видел в одном случае специальный более крупный сосудик, являвшийся как-бы ножкой железы. Вместе с сонной артерией железа лежит в сосудистом влагалище.

Иннервируется она веточками блуждающего, верхнего гортанного, языкоглоточного нервов и симпатическими волокнами из верхнего шейного узла. Все эти веточки образуют как-бы маленькое сплетение у входа в железу со стороны бифуркации сонной артерии. От сплетения идут мякотные и безмякотные нервные волокна в толще ножки, состоящей кроме артериальных веточек из фиброзной ткани (Мейеровская связка), и направляются к отдельным ганглиозным клеткам, разбросанным в небольшом количестве среди соединительно-тканых прослоек, идущих от Мейеровской связки вглубь железы и разделяющих всю массу органа на 2 части; а нижнюю часть еще на массу небольших скоплений клеток. Эти скопления, названные немецкими авторами „Zellballen“ представляют как-бы шары, состоящие из больших, богатых протоплазмой, полиедрических клеток эпителиоидного характера с большим круглым или кругловато-овальным, резко очерченным, пузырькообразным ядром. Пакеты этих клеток пронизаны капиллярами, т. ч. эти специфические клетки прилежат непосредственно к эндотелию капилляров. Кроме специфических клеток у плода и очень молодых субъектов встречаются в значительно меньшем количестве цилиндрические клетки с эксцентрически расположенным ядром и нежнозернистой протоплазмой. Клетки эти лежат то одиночно, то группами—в соединительной ткани, не имеют особого

стремления располагаться около сосудов и лишь иногда окружают ганглиозные клетки. Описаны они были Stilling'ом и идентифицированы им с подобными клетками в мозговом веществе надпочечников, копчиковой железе и параганглиях брюшной аорты, на основании их свойства окрашиваться хромовыми солями в бурый цвет. У взрослых индивидуумов этих хромофильных клеток не находили.

На основании вышеописанного строения существует два взгляда на эмбриологию каротидной железы. Один, выдвинутый проф. Кащенко и поддерживаемый Paltauf'ом, трактует о перителиальном происхождении специфических клеток. Иначе смотрит Kolin, кот. относит этот орган к адренальной системе и считает все клетки хромаффиновыми, только находящимися в различных стадиях развития. По его мнению это один из симпатических параганглиев, происходящих из эмбриональных симпатических ганглиев. Möncheberg примирил эти два взгляда, указав, что в виду преобладания специфических клеток над хромаффиновыми и тесной связи с сосудистой системой, каротидная железа занимает, подобно надпочечникам, особое место среди параганглий организма.

Отсюда можно сделать вывод, что несомненно каротидная железа имеет известную важную функцию в цепи желез с внутренней секрецией. Старые авторы (Зернов, Синюшин, Добромыслов, Marchand) прямо заявляют, что *glomus caroticus* является рудиментарным органом и едва ли имеет жизненное значение, если встречается лишь у 12 1/2% людей. Однако дальнейшие экспериментальные исследования несколько ближе подошли к изучению функции этой железы. Swal Vincent считает, что в виду преобладания специфических клеток над хромаффиновыми, „секрет“ железы понижает кровяное давление. Frugoni отмечает, что экстракт из каротидной железы телят, введенный в вену кроликам в количестве 4—6 куб. сант., вызывал смерть через 5 минут при явлениях коллапса, судорог и паралича дыхания, после которого сердце работало довольно долго. При этом наблюдалось понижение свертываемости крови и возбуждение вазомоторов, выражавшееся в резком падении кровяного давления после кратковременного его повышения. При одновременном впрыскивании экстракта железы и адреналина, действие последнего на сосуды хотя и было преобладающим, но значительно ослаблялось. Malon наоборот наблюдал повышение кровяного давления и учащение сердцебиения у рыб, после введения в вены экстракта из каротидной железы лошади. Интересны последние опыты Massaglia и Vassale, которые экстирпируя и разрушая термокаутером каротидную железу, а также перерезая нервы ее иннервирующие, наблюдали у кошек (Vassale) и собак (Massaglia) появление сахара в моче в количестве 1—1,25%. Гликозурия держалась около 3 дней. Зная, что адреналин при введении в кровь вызывает гликозурию и повышает кровяное давление, можно было бы считать надпочечные и каротидные железы антагонистами. С целью выяснить этот вопрос Schmidt предпринял ряд опытов над кошками и убедился что: 1) при одностороннем удалении каротидной железы, другая не гипертрофируется, 2) при двусторонней экстирпации желез, не наступает ни смерти, ни кахексии, ни повышения кровяного давления, 3) смертельная доза адреналина (0,8 pro kilo веса) для оперированных и контрольных кошек была одна и та же. Сахар же наблюдался в 6 2/3 случаев, но только лишь в первой порции мочи что Schmidt приписывает эфирному наркозу, после которого наблюдается временная гликозурия (Seelig). Callison и Marchand считают явления, которые вызывал Frugoni у кошек, анафилактическим шоком. Таким образом физиологическая функция каротидных желез остается еще в достаточной мере темной.

Изложив нормологию каротидной железы, я, прежде чем перейти к патологии ее, опишу случай, имевший место в нашей клинике.

Описание случая.

Anamnesis. Больной Александр Б., 34 лет от роду, поступил в клинику с жалобами на опухоль под углом нижней челюсти с правой стороны шеи. Всегда здоровый Б., перенесший лишь сыпной тиф и дезинтерию, стал замечать 6 лет тому назад медленно растущую опухоль. Эта опухоль не давала никаких субъективных ощущений. За последние 3 месяца опухоль стала увеличиваться несколько быстрее и достигла величины голубиного яйца. Больной решил удалить ее из косметических соображений.

Status praesens. Больной среднего роста, удовлетворительного питания, правильного телосложения. Темп. нормальная. Пульс 76. Лимфатические железы не увеличены и не прощупываются. Анемии не замечается. Со стороны внутренних органов, а также черепных и симпатических нервов нет никаких отклонений от нормы. Зрачки реагируют нормально на свет и аккомодацию. Миндалины не увеличены. С правой стороны шеи на высоте шитовидного хряща располагается опухоль величиной с голубиное яйцо, упруго-мягкой консистенции, подвижная в горизонтальном направлении и почти неподвижная в вертикальном. Опухоль обладает передаточной от сонной артерии пульсацией, синхроничной с пульсом. Кожа над опухолью не изменена и вполне подвижна. M-lus sterno cleido mastoideus отодвинут наружу и кзади. Опухоль хорошо отграничена от окружающих частей и при глотании остается неподвижной. Поставлен диагноз: Lymphadenitis tuberculosa colli. Больному предложена операция.

Операция. (проф. Оппель). Хлороформный наркоз. Разрез по переднему (внутреннему) краю грудино-ключично-сосковой мышцы. Мышца оттянута наружу. Опухоль тесно срослена с окружающей тканью, от которой она отсепарована с боков. Оказалось, что она обхватывает разветвление общей сонной артерии и кроме того сращена с внутренней яремной веной. Блуждающий и подязычный нервы спаены с опухолью. Подязычный нерв удалось отсепарировать; при попытках же отсепарировать блуждающий нерв, наступала каждый раз рефлекторная остановка дыхания, так что пришлось применять искусственное дыхание. В виду этого блуждающий нерв был реверсирован на протяжении 3 сантиметров. После перевязки и перерезки трех каротид и внутренней яремной вены, удалось экстирпировать опухоль. После перерезки блуждающего нерва, снова остановилось дыхание и пульс значительно участился. Дыхание было восстановлено. Нижняя часть раны зашита, в верхнем углу на сильно кровоточащие сосуды наложены реан'ы, которые оставлены под повязкой. Рана затампонирована.

Течение. В послеоперационном периоде нужно отметить учащение пульса, расширение правого зрачка и парез подязычного нерва. Темп. в первые дни держалась около 38°. Голос хриплый, отделяется много мокроты. На 3-й день сделана перевязка, реан'ы сняты, рана сухая, вставлен тампон. На 6-й день утром больной найден спящим без признаков пульса; зрачки сужены; сухожильные рефлексы повышены. После произведенного вливания в вену 500 куб. см. физиологического раствора и подкожного впрыскивания камфоры, пульс появился, но через 2 часа опять пропал. Не успели влить в вену и 30 куб. см. физиологического раствора, как наступила остановка дыхания и смерть. Были произведены лумбал'ная пункция и искусственное дыхание, но они не привели ни к чему.

Вскрытие. На вскрытии обнаружено очень расширенное сердце, наполненное кровяными сгустками и остановившееся во время диастолы. Сердечная мышца тускло-серого цвета. Застой крови в печени, почках, селезенке, легких и кишечнике. Сосуды мозга застойно-расширены. Тромбов и фокусов размягчения не найдено. В задних частях легких фокусная пневмония с гнойным экссудатом. Рана чистая и сухая. Большие сосуды перевязаны. Надпочечники нормальны. Смерть наступила от паралича сердца.

Микроскопическое описание опухоли. Вес 52 грамма; размеры: 5,6×3,9×6,2 см. Опухоль бугристая, эластическая, серовато-красного цвета. Капсула фиброзная, богатая сосудами, достигающими до 3 м/м в диаметре. На разрезе опухоль серо-желтого цвета с красными пятнами (кровотечения). Arteria carotis communis пронизывает опухоль и делится внутри ее на свои две ветви. От места деления отходит в опухоль несколько мелких артериальных веточек. Рост опухоли шел по видимому кзади вверх и между каротидами вперед. Удаленные с опухолью две лимфатические железки не представляют микроскопически никаких изменений.

Микроскопическое исследование опухоли. Под малым увеличением Leitz Wezlar Oc. 2 Ов. 3) срез, фиксированный формалином и окрашенный гематоксилин-эозином, представляется построенным как-бы из „альвеол“. Эти „альвеолы“ разделяются одна от другой соединительно-тканными прослойками, состоящими из длинных клеток с длинным темным ядром. Но эти скопления клеток не такие правильные и законченные, как это мы видели в нормальной каротидной железе. Соединительная ткань распределена здесь тоже не так правильно. В одних местах ее очень много и здесь они часто представляют однородное гиалиновое перерождение. В других местах это только тончайшие прослойки, создающие как-бы сеть для клеток. Среди этих прослоек проходят в бесчисленном количестве капилляры. Они частью наполнены кровяными элементами, частью представляют сжавшиеся. Эндотелий везде в них имеется. Вплотную к нему прилегают клетки опухоли. Вблизи капилляров они маленькие с темными ядрами, расположены палисадообразно вдоль клеток эндотелия. Чем ближе к центру „альвеол“, тем клетки становятся крупнее и ядра их больше. В центральных клетках ядра большие с бледной хроматиновой сетью. В некоторых центральных клетках можно видеть два и даже три ядра. Под большим увеличением (Ob. Oel immersion 1/12 а Oc 4) в палисадообразных (более молодых) клетках можно видеть митозы. Рост этих клеток инфильтрирующий; капсулы как таковой не имеется. По периферии опухоли действительно имеются большие прослойки соединительной ткани и даже сплошная соединительная ткань. Но никаких слоев в ней заметить не удастся, и они во многих местах пророслены капиллярами в сопровождении средней величины клеток, расположенных палисадообразно. Хромаффиновых клеток найти не удалось, т. к. препарат не был соответствующим образом фиксирован. Некоторые центральные клетки достигают особенно большей величины. Ядро в них овальное с пузырьковидным ядрышком. По своему виду они похожи на нервные ганглиозные клетки. Но рядом с ними, прижавшись к ним вплотную, располагаются переходные клетки от мелких клеток с темными ядрами, расположенных палисадообразно вдоль капилляров. Стенка а. carotis, попавшая в срез, инфильтрирована элементами опухоли, пронизывающими разрыхленную адвентицию в доходящих до мышечного слоя. В

этих-же местах можно заметить отдельные фокусы лимфоидной ткани, указывающие на бывший здесь периаартерит.

Профессор Аничков, любезно согласившийся просмотреть препарат, определил эту опухоль на основании выше упомянутых клеток как Neuroblastom'u каротидной железы.

Мне удалось собрать все 77 случаев опухолей каротидной железы, описанных во всемирной литературе, из которых наибольшая часть (60 случаев) приводится в работе американских хирургов Callison'a и Macaenty, напечатанной в 1913 году, в декабрьской книжке „Annals of Surgery“. Если прибавить к этим случаям, только что описанный мною случай, имевший место в нашей клинике, то получится материал в 78 случаев, на основании которых можно сделать некоторые выводы.

Опухоли эти развиваются в разном возрасте, начиная от 5 и до 73 лет. Но средний возраст для начала развития опухоли нужно считать между 20 и 40 годами. Heinleth и Добромыслов считают толчком к развитию опухолей конец полового созревания. Встречаются они несколько чаще у женщин (56%), чем у мужчин (44%). Ни правой, ни левой стороне они не отдают предпочтения. Schmidt описывает случай двухсторонней опухоли, причем опухоли были разной величины. Обычно больные являются к врачу с опухолью, достигшей величины голубиноного, или куриного яйца. Но описаны случаи, когда опухоль простиралась от нижней челюсти до ключицы в длину и от m-li trapezii до средней линии шеи в ширину, достигая в глубину глотки, гортани, дна полости рта и fasciae praevertebralis. Grönberger в 1917 году описал опухоль, простиравшуюся от угла нижней челюсти до половины mediastini и сместившую легкое в сторону. Случай этот был признан иноперабельным. С другой стороны в случае Da Costa больной обратил внимание на опухоль, когда она была величиной с хлебное зерно.

Что касается быстроты роста, то нужно сказать, что, вообще говоря, опухоли эти растут медленно, не давая никаких субъективных ощущений и больные в этих случаях просят операции исключительно из косметических соображений. В случае Heinleth'a опухоль в течении 37 лет достигла лишь размеров „в две сливы“. Очень часто медленно-растущие опухоли вдруг начинают расти быстрее и в течении нескольких месяцев увеличиваются больше чем за предыдущие года. Сразу же появляются некоторые субъективные симптомы: затруднение глотания, стреляющие боли в ухе, соответствующей руке и половине груди, головные боли а иногда афония, затрудненное дыхание и понижение слуха. Наконец третий вид опухолей представляют случаи, когда опухоль в течение нескольких месяцев и даже недель вырастает до больших размеров. Callison и Macaenty описывают случай опухоли, выросшей в течении 6 недель у 41-летнего мужчины и достигшей размеров 14×10 сантиметров. За этот промежуток времени больной потерял в весе 20 фунтов. Удаление всей опухоли оказалось невыполнимым, т. ч. была вырезана лишь половина опухоли до сонных артерий. Большой погиб через 3 недели от артериального кровотечения. Tumor оказался типичной опухолью каротидной железы с саркоматозным перерождением ее в некоторых местах. Такие опухоли вызывают уже кахексию.

Располагаются опухоли каротидной железы в верхнем треугольнике шеи и отодвигают грудино-ключично-сосковую мышцу опухоли. Форма их овально-яйцевидная. Кожа над ними не изменена и вполне подвижна. Сама опухоль слабо подвижна в фронтальной плоскости и совершенно неподвижна в вертикальном направлении. При ощупывании опухоли безболезненны. Консистенция их бывает различная—каменно-твердая, жесткая, плотная, эластическая, мягкая и вялая—и зависит, по мнению Steindl'я, от степени дегенеративных изменений в центре опухоли. Иногда, сдавливая опухоль, удается ее уменьшить и как-бы „выжать“ находящуюся в ней кровь, которая, при первом-же пульсовом ударе, снова наполняет опухоль. В случае Kopfein'a опухоль имела самостоятельную пульсацию и при сдавлении уменьшалась вдвое. Обычно же пульсация бывает передаточная от каротид. При аускультации опухоли иногда слышен систолический шум. Collie наблюдал более слабую пульсацию а. carotis externae выше опухоли, чем на здоровой стороне. Растет опухоль сзади вверх и впереди, как-бы садясь верхом в угол между ветвями сонной артерии и по меткому сравнению Heinleth'a

„повисая, как мешок с мукой.“ В дальнейшем своем увеличении она раздвигает эти ветви на несколько сантиметров. Обычно задняя часть опухоли превышает переднюю (прекаротидную). В зависимости от величины опухоли и большие сосуды бывают или припаяны к опухоли, или впаяны на половину своего диаметра в нее, или наконец обхватываются ею со всех сторон, как это было в нашем случае. Из сосудов, которые бывают впаяны в опухоль, надо конечно на первом плане поставить все три каротиды и внутреннюю яремную вену. Могут быть впаянными также а. а. lingualis, thyreoidea superior и v. jugularis externa. При этом они сохраняют свой просвет. Лишь Marchand нашел внутреннюю сонную артерию затромбированной.

Все близлежащие нервные стволы могут быть охвачены опухолью, сдавлены ею; но никогда не бывают пророщены клетками опухоли. Чаще всего бывает впаян п. vagus и его возвратная ветвь. Сдавливаются и раздражаются также п. n. Sympaticus, hypoglossus, glosso-pharyngeus и даже facialis. От сдавления и связанного с этим раздражением этих нервов очень часто заболевание осложняется как субъективными, так и объективными симптомами; наблюдаются брадикардия, хрипота, неравномерность зрачков, гиперемия лица и другие вышеупомянутые нервные симптомы.

Очень часто большие опухоли втягивают стенку глотки внутрь и смещают гортань и трахею. Поверхность опухолей тесно срастается также и с окружающими мышцами, чаще всего с грудино-ключично сосковой.

Вес опухолей превышает вес нормальной каротидной железы в несколько тысяч раз. Так Gronemann наблюдал опухоль размерами $9 \times 4\frac{1}{2}$ см., весившую 110 гр. и превосходившую нормальную железу в 2200 раз. Поверхность опухоли редко бывает гладкая, чаще она бугристая, иногда дольчатая. На разрезе опухоли губчато-порозные, пятнистые и состоят из серо-желтых и красно-бурых участков. Последние указывают на кровоизлияния из разорвавшихся капилляров в ткань опухоли. Опухоли всегда богаты сосудами, причем многочисленные артериальные веточки пронизывают опухоль во всех направлениях, вены же располагаются по поверхности, образуя густую сеть, дающую ветви в самую опухоль, которые иногда достигают толщины карандаша. Гангренизированных участков в опухолях никто не находил.

Что касается микроскопического строения опухолей, то описания отдельных авторов различны. На основании этих описаний, можно все опухоли разделить на три категории или типа, которые соответствуют трем видам быстроты роста опухолей, о которых было сказано выше.

Опухоли первого типа всегда имеют ясно выраженную капсулу, в которой Steindl различает два слоя: наружный, состоящий из плотной соединительной ткани и внутренний рыхлый и тонкий, сросшийся с опухолью и дающий в нее тяжи. Тяжи эти состоят из фиброзных и эластических волокон и веретенообразных клеток с длинными темными ядрами. Они разграничивают опухоль на массу отдельных шарообразных участков, которые в свою очередь пронизаны тонкими волокнами, идущими от этих тяжей, как мы это видели в нормальной каротидной железе. Клетки этих „альвеол“ полигональные, не имеют оболочки, однако хорошо отграничены одна от другой, богаты зернистой протоплазмой, с большим светлым ядром и тонким хроматиновым рисунком. Они очень напоминают специфические клетки нормальной каротидной железы. Среди них местами попадаются более мелкие тоже полигональные клетки с темными ядрами, не окрашивающиеся однако хромовыми солями. Очевидно, это более молодые клетки. Хромафиновых клеток в таких опухолях никто не находил. В соединительнотканых прослойках проходят многочисленные капилляры, стенки которых состоят из одного эндотелия, причем везде последний прилежит к клеткам опухоли. Клетки опухоли никогда не прорастают ни одного слоя стенки сосудов. В прослойке же проходят мякотные и безмякотные нервы. Опухоли эти по выражению Paltauf'a „также гомологичны каротидной железе, как хондрома гомологична хрящу, а миома—мышце.“ Schmidt предлагает для опухолей этого типа

название „struma glandulae caroticae“, считая эти опухоли за гиперплазию нормальной железы. Этому же взгляду придерживается Heinleth.

Опухоли второго типа построены в общих чертах по тому же плану, как и вышеописанные, но архитектура их отличается беспорядочностью. Определенной капсулы они не имеют. Клеточные скопления неправильной отростчатой формы, разграничены более узкими соединительно-ткаными тяжами. Но ближе к периферии тяжи утолщаются и частью гиалиново перерождаются, становясь похожими на гиалиново-перерожденные почечные клубочки. В некоторых местах эта гиалинизированная соединительная ткань так разрастается, что совсем сжимает капилляры, уничтожая их просвет (Chiari). Капилляры, частью наполненные кровяными элементами, частью спавшиеся, частью затромбированные, пронизывают скопления клеток. В некоторых местах они разорваны и кровяные элементы лежат среди клеток опухоли. Сами клетки проявляют крайнюю степень полиморфизма. Одни маленькие с темными ядрами расположены палисадообразно вдоль капилляров, другие большей величины с одним большим ядром, то круглым, то овальным, идут радиусами, от капилляров. И наконец третьи самые большие, с бледным ядром и одним, или двумя пузырькообразными ядрышками отстоят дальше других от капилляров, часто сливаются вместе и образуют тогда клетки с одним четкообразным, или несколькими круглыми ядрами. Протоплазма клеток ячеистая, красится по Van Gieson'у в желто-бурый цвет. Möncheberg видел в ней включения гликогена. Добромыслов считает палисадообразные клетки за более молодые. Специфические клетки всюду имеют теснейшее отношение к капиллярам. Chiari на импрегнированных по Bielschowsk'ому серебряными солями срезах наблюдал массу фибрилл, исходящих из стенок капилляров и оплетающих группы клеток как бы сетками. Автор считает их за разветвления нервов. По периферии опухоли можно видеть ее рост. Капилляры и специфические клетки растут одновременно и пробивают себе путь среди окружающей соединительной ткани. Видны отпрыски капилляров, палисадообразно-окруженных молодыми мелкими клетками. Таким образом клетки опухолей этого типа уже обладают инфильтрующим атипическим ростом и являются злокачественным новообразованием. Но все-же эти опухоли отличаются от всех известных нам злокачественных новообразований тем, что без сосудов они не растут, и таким образом рост их является не только периваскулярным, но и ангиобластическим (Borst). Опухоли этой категории, как обладающие инфильтрирующим ростом, могут прорастать стенки сосудов, не нарушая однако эндотелия (Добромыслов, Chiari). Однако те-же авторы наблюдали среди специфических клеток кровяные пространства, не выстланные эндотелием, которые нельзя было трактовать как кровоизлияния, ибо и кровяные элементы и окружающие специфические клетки не были изменены; а Marchand в своем случае видел как в просвет большого сосуда выдавались два маленьких узелка новообразования, не покрытые эндотелием.

Наконец, опухоли третьего типа трактуются авторами, их наблюдавшими, как саркоматозное или карциноматозное перерождение существовавшей strum'ы каротидной железы. Alezais и Peyron случайно во время вскрытия обнаружили опухоль каротидной железы первого типа, в центральных частях которой однако имелось атипическое разроение карциноматозных клеток с типичными жемчужинами из эпидермоидных клеток, содержавших зерна элеидина. Описаны также (Добромыслов, Marchand, Woolley, Fee, Kretschmar, Leithof, Kaufmann) веретенообразные саркомы, вытесняющие специфические клетки. Альвеолы уменьшаются, причем границы ядер начинают сливаться с протоплазмой, хроматиновая сеть мутнеет, ядра и протоплазмы превращаются в грубо-зернистые массы и в конце концов становятся едва заметными в виде туманных пятен среди поглощающих их масс саркоматозных клеток; которые растут из соединительно-тканых прослоек.

Остается решить вопрос о природе специфических клеток. Oberndorfer считает их за „эмбриональные уродства“, Kaufman, Ruppaner, Steindl и Makara называют их „альвеолярными опухолями“—названием, ничего не говорящим о происхождении опухолей. Ближе подходят к этому вопросу Добромыслов, Borst,

Paltauf, Heinleth и др., считающие опухоли перителиомами, основываясь на тесном прилежании клеток к капиллярам. Их заявления, что специфические клетки возникают из перителия капилляров в корне неправильны, так как капилляры ведь уже не имеют перителиальных клеток, а состоят только из одного слоя эндотелия (Stöhr); да и специфические клетки ничего общего не имеют с перителиальными, иначе говоря, соединительно-ткаными клетками. Наконец Paltauf, Kopfstein и др. считают клетки эпителиоидными и приравнивают все опухоли к карциномам. Исторический интерес имеют дававшиеся им длинные названия: Angio-myx-peritelioma, fibro-haemangio-endotelioma и т. д. Но более вероятным мне кажется нижеследующее объяснение этиологии интересующих нас опухолей.

Несомненно опухоли каротидных желез имеют один источник происхождения с клетками нормальной железы, а именно эмбриональные симпатические ганглии. Эти ганглии состоят из маленьких клеток с круглыми ядрами (симпатикогоний), очень похожих на наши „палисадообразные“ клетки. В дальнейшем своем развитии, когда к части, от них отделившейся и предназначенной для постройки, будущих каротидных желез, присоединяется система капилляров, симпатикогонии частью превращаются в специфические клетки желез, частью в ганглиозные клетки, встречающиеся в этой железе, частью в хромафиновые клетки. Но иногда, повидимому, эти симпатикогонии остаются в железе, после рождения индивидуума, и под влиянием неизвестных, как и для всех вообще новообразований, причин, вдруг начинают атипически разрастаться, давая тот полиморфизм клеточных элементов, о котором говорилось выше. При этом они совершенно подавляют и уничтожают как хромаффинную ткань, так и нервные элементы. Подробный подход к разрешению вопроса мне удалось найти у Rich'a и Neuber'a. Первый выделил особую группу опухолей—симпатом; к этой группе он причисляет и описываемые опухоли и называет их длинным именем—Phäoschromoblastoma,—считая их происходящими из недоразвившихся хромаффинных клеток. Neuber называет опухоли—Paragangliom'ами. Alezais и Peyron также находили симпатикогонии и развившиеся из них невробласты. Такое происхождение доказано для злокачественных гипернефром, получивших название симпатикобластом. Принимая во внимание принадлежность каротидных желез к адреналовой системе, доказанную Kohn'ом, можно считать и описываемый второй тип описываемых опухолей, к которому нужно отнести и наш случай, за невро—или симпатикобластому.

Что касается злокачественности опухолей каротидных желез, то опухоли первого типа не вызывают ни кахексии, ни метастазов, ни рецидивов. Опухоли второго типа метастазов тоже не дают. Только Добромислов и Kopfstein нашли в одновременно-удаленных, окололежащих лимфатических узлах отдельные скопления специфических клеток, окружающих капилляры, причем собственная ткань узла не была разрушена, а лишь раздвинута клетками. Но едва ли эта находка является метастазом, т. к. ведь рост специфических клеток без „специфических-же“ капилляров не мыслим. Что же касается кахексии и рецидивов, то они наблюдаются довольно часто. Наконец, опухоли третьего типа быстро вызывают кахексию и при удалении дают рецидивы. Если дело доходит до метастазов, то они носят уже чисто раковый или саркоматозный характер и бывают в печени. Из 65 радикально оперированных опухолей всех трех типов неперабильные рецидивы наблюдались в 10% случаев и наступали через 1½—12 месяцев. Из них половина опухолей принадлежит ко второму, а другая к третьему типу.

Таким образом на основании быстроты роста, и структур опухолей можно различать три вида опухолей, которые встречаются: Struma glandulae caroticae—в 43%, инфильтрирующая симпатикобластома—в 36%, и рак и саркома каротидной железы—в 21% всех собранных случаев.

Правильный диагноз до операции был поставлен лишь в 10% оперированных случаев, да это и понятно в виду редкости этих опухолей. Чаще всего они диагностировались как туберкулезные лимфадениты (подобный диагноз был поставлен и в нашем случае). Но попадают и такие диагнозы как новообразование

glandulae parotis, *glandulae parathyreidae* и тонзил, лимфосаркома, липома, брахиогенный рак и киста и даже аневризма сонной артерии.

Лечение опухолей должно быть конечно только хирургическое. Из 78 описанных случаев радикальное удаление было произведено в 65; в 3 случаях была произведена частичная экстирпация, в 1 случае опухоль признана иноперабельной в двух—больные оказались оперированные, 4 опухоли были найдены случайно при вскрытиях и о 3 случаях сведений нет.

Для экстирпации опухолей применяется или Kocher'овский разрез по переднему краю *musculi-sterno-cleidomastoides* или прибавляли к нему другой разрез идущий от его центра к середине, ветви нижней челюсти (разрез в виде буквы У). Если будет предпринято отсепааровывание опухоли от крупных сосудов, то необходимо тщательно перевязать ножку опухоли, через которую идут от общей, или внутренней сонных артерий, сосуды питающие опухоль, могущие в противном случае дать смертельное кровотечение. Из 65 оперированных случаев только в 30% удалось опухоль отсепааровать от больших артерий; в 13% случаев была применена перевязка одной а. *carotidis externae*, а в 57%—всех трех каротид, причем в 32% к ним была присоединена и лигатура внутренней яремной вены. Один раз была перевязана только она одна. Кроме того приходилось лигировать а. *thyreoidae superior* и v. v. *facialis* и *jugularis externa*.

Как известно лигатура общей сонной артерии далеко не всегда безразлична для больных. По самой большей статистике Keen и Funke, обнимающей 834 случая перевязки этой артерии, 39% окончились смертью от размягчения вещества головного мозга. Это размягчение наступало отчасти от анемии, отчасти от тромбоза или эмболии *arteriae fossae Silvii*. Fourmestreux утверждает, что при асептически проведенной перевязке а. *carotidis communis* тромбоза мозговых сосудов не бывает и смертность падает до 21%.

В 65 собранных мною случаях радикального удаления опухолей каротидной железы, при средней смертности в 34%, для случаев с перевязкой общей сонной артерии смертность равнялась 40% и наступала от размягчения мозга, кровотечения во время операции и других причин (пневмония, отек легких, сепсис, кахексия и паралич сердца). При сохранении же артерий смерть была в 25% и наступала всегда от рецидивов, что указывает на не всегда существующую возможность полного отсепаарирования элементов опухоли от стенки *arteriae carotis*, которая очевидно снова их продуцирует после операции. Если перевязка общей сонной артерии не была смертельна, то она часто вызывала гемиплегии, гемипарезы, или временную афазию.

Также нужно щадить и нервы, спаянные с опухолью, в особенности блуждающий нерв. Резецировать его приходится потому, что, при попытках отсепааровать его наступает иногда преходящая, а иногда и постоянная рефлекторная остановка дыхания. Однако последствия перерезки блуждающего нерва тоже очень опасны для больного. Кроме того, что в момент перерезки нерва, может наступить рефлекторная остановка дыхания и сердечной деятельности, последствия перерезки выражаются в том, что наступает тахикардия до 180 ударов в минуту (Winslow), углубление и удлинение дыхательных движений. Первое явление может привести к параличу сердца, как это имело место в нашем случае, а последнее явление вызывает бронхопневмонии и отек легких. Reich считает, что более опасным, в смысле остановки дыхания и сердечной деятельности, является продолжительное раздражение нерва, нежели *vagotonia*. Поэтому он рекомендует анестезировать *nervus vagus* выше места вхождения в опухоль. При остановке дыхания и сердца, он рекомендует, в случае безрезультатности массажа сердца и искусственного дыхания, делать *Vagotomiю*. Очевидно эта операция как-бы „развязывает руки и ноги сердцу“. Резекция *nervi vagi* была сделана в 10% случаев, давая 70% смертности, причем всегда в тех случаях, где она сопровождалась перевязкой общей сонной артерии, наступала смерть от бронхопневмонии, или отека легких. Выздоровление наступило лишь в случае Малиновского (перевязка 3-х каротид и резекция n. *vagi*) и Grahama (перевязки наружной сонной артерии, внутренней яремной вены и резекция блуждающего нерва). Про-

стая травматизация *nervi vagi*, сопровождающаяся перевязкой каротид, часто дает смерть от бронхопневмонии, или отека легких.

Повреждение других нервов (*n. n. Hypoglossi, recurrentis vagi, sympatici, glossopharyngei, facialis*) никогда не было причиной смерти, а лишь вызывали парезы, или стойкие параличи органов, ими иннервируемых.

Частичное удаление опухоли всегда вызывает смертельное кровотечение и потому не должно применяться.

Опухоли каротидных желез бывают, как мы видели выше, в 90% сюрпризами для хирургов. Чтобы избежать этих сюрпризов, хирурги должны быть хорошо осведомлены о существовании таких опухолей и тщательнее дифференцировать диагнозы опухолей шеи. Поэтому я позволю себе вкратце повторить дифференциальные симптомы этих опухолей. Kocher считает важнейшим симптомом, не встречающимся ни при каких других опухолях шеи то, что каротиды бывают раздвинуты опухолью на расстояние большее нормального и пульсируют одна впереди, а другая позади ее. Остальной симптомокомплекс в целом тоже очень характерен: зрелый возраст, односторонняя, яйцевидная, безболезненная, покрытая нормальной и подвижной кожей, опухоль, медленно растущая и располагающаяся в *fossa carotica*, резко отграничена от окружающих частей, подвижна в стороны и неподвижна в вертикальном направлении, обладает передаточной (реже собственной) пульсацией. Иногда к этому присоединяется еще разница в пульсе наружных сонных артерий и систолический шум, слышимый при аускультации опухоли.

Установив выше злокачественность симпатикобластом и возможность злокачественного перерождения струм каротидной железы, нужно категорически сказать, что с операцией медлить нельзя: ибо, чем больше вырастает опухоль, тем плотнее она окружает крупные сосуды и нервные стволы и тем труднее становится ее удаление. Da Costa советует ждать момента ускорения роста опухоли. Большинство же авторов (Добромыслов, Синюшин, Reclus, Winslow, Kaufman, Rappaner, Chevassu и др.) требуют возможно ранней экстирпации опухоли, так-как очень трудно отметить этот момент. Я всецело присоединяюсь к этому требованию, ибо очень трудно требовать в особенности от малокультурного пациента, чтобы он следил за началом ускорения роста опухоли и немедленно являлся на операцию, как только его заметит.

Оперировать нужно, в случае постановки диагноза, возможно скорее. Если опухоль настолько мала, что имеет ясно-выраженную ножку (вышеописанная Мейеровская связка), ее можно отделить от сосудов не опасаясь рецидива. Если же она спаяна с ними, приходится поступать двояко: либо отсепаровывать опухоль (смертность 25%), что часто ведет к неостановимому кровотечению во время операции или после нее, так-что все таки приходится перевязать *a. carotis communis*, либо сразу лигировать общую сонную артерию и ее ветви. Правда, смертность от этой операции равна 40%, но ее можно понизить и избежать рецидива, если 1) проводить перевязку асептично,* 2) перевязывать одновременно и внутреннюю яремную вену (Seubert), 3) приучать мозг к анемии, сдавливая общую сонную артерию, за неделю до операции ежедневно в течение нескольких часов (Wieck, Neuber, Steindl), 4) пересаживая на место резецированного отрезка *arteriae carot. communis*, кусок *venae saphenae magnaе* и 5) сшивая центральный конец артерии с периферическим, фиксируя при этом голову в наклонном положении в сторону операции неподвижной повязкой, для уменьшения натяжения сшитых сосудов и скорейшего их сращения (Schmidt); во всяком случае перевязка общей сонной артерии вседа предотвращает рецидив.

Резекции блуждающего нерва следует избегать, тщательно, отсепаровывая его после предварительной анестезии.

Удалив опухоль, необходимо тщательно остановить бывающее при этом сильное венозное кровотечение, а затем зашить рану, заведя туда асептический тампон, во избежание гематомы.

*) Асептично проведенная перевязка общей сонной артерии дает по статистике Fourmestreux 21% смертности.

В заключение считаю своим долгом выразить благодарность глубокоуважаемому профессору Владимиру Андреевичу Оппель за предоставленный мне интересный случай.

Приношу также благодарность за ценные указания уважаемому профессору Николаю Николаевичу Аничкову, любезно согласившемуся просмотреть микроскопические препараты.

Литература:

1. *Alezais et Peyron*,—Hystogènes des paraganglions carotidiens. Bulletin de l'assoctéjé franc. pour l'étude du cancer. 1910 № 3 (ret. Revue de Medicine 1910 № 30).
2. *Biedl*,—Innere Secretion. 1913.
3. *Wetterdal*.—Beitr. z. Kenntnis d. Carotisdrüsentumor. Hygiea Bd 78 Hft 28. 1916. (ref. Zentralblatt. Chirurgie 1917).
4. *Winslow*.—Tumors of the carotid body, Annals of Surgery 1916 № 3 (ref. Zentralblatt f. Chirurgie 1917).
5. *Woolley and Fee*.—An alveolae tumor of the carotid gland with sarcomatous transformation. Bull. of the Fohns Hopkins hospital 1912. Mai p. 146—151.
6. *Wulstein und Wilms*—Lehrbuch der Chirurgie 1916.
7. *Gronemann*. Zur Kasuistikl der Geschwülst. des Nodulus caroticus, Virchows Archiv Bd 218. 1914.
8. *Grönberger*. Ein Fall von Carotisdrüsentumor. Hygiea 1917 Bd 79 (ref. Zentralblatt für Chirurgie 1917).
9. *Данилевский*. Физиология. Том II. стр. 815.
10. *Добромыслов*. К патологии и терапии опухолей glomus caroticum. Хирургия 1908.
11. *Зернов*. Анатомия. ч. II вып. 2, стр. 745—746.
12. *Callison and Machenty*. Tumors of the carotid body. Annals of Surgery 1913 Dz p. 740—765.
13. *Keen and Funke*. Tumors of the carotid gland. Journal. Amer. Med. Assotiation. 1906. XLVII pp. 464—479, 566—570.
13. *Кузнецов*. Опухоли каротидных желез и их хирургическое лечение. Хирургический архив Вельяминова 1910. стр. 25—59.
15. *Collier* Tumor of the carotid body. Surgery, gynecologyand. Obstetrics Vol. XX № 4. 1914 April,
16. *Licini* Über ein Tumor. der glandula carotica. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd 96 1908 Seite 327—339.
17. *Makara*. Über die Geschwülste der Glandula carotica. Orvosi Het ap. 1907 № 43 (ref Zentralblatt f Chirurgie 1908 № 1 S. 27).
18. *Massaglia*. Über die Funktion der sogenannten Carotisdrüse. Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd 18 Hf 2 (ret. Zentralblatt für allgemeine Pathologie u. Path. Anatomie 1916).
19. *Neuber*. Über die Carotisdrüsengeschwülste. Archiv für Klinische Chirurgie 1913 Bd 102.
20. *Paltauf*.—Über Geschwülste der Glandula carotica. Ziegler's Beiträge z. Path. Anatomie u. allgemeine Pathologie 1892. Bd 11 S 260—301.
21. *Reenstierna*—A contribution to ihe unowlege of the tumors of the carotid gland. Nord. med. Arhiv för inre Medicin Bd. 51 1919 (ret Zentralblatt f. Chirurgie 1919).
22. *Reich*—Die Verletzungen des Nervus Vagus und ihre Folgen. Bruns Beiträge. Bd 56. 1908.
23. *Синюшин*.—Опухоли развивающиеся на почве каротидной железы.—Летопись русской хирургии 1901.

24. *Он-же.*— Опухоли, каротидной железы. Медицинское Обозрение т. 79. 1913 стр. 34—39.
25. *Steindl.*—Beitrag zur Kenntniss der Carotisdrüsengeschwülste. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd 132 S 1. 1915.
26. *Stöhr.*—Lehrbuch der Hystologie 1903. Стр. 110.
27. *Тухов.*—Частная хирургия 1916. Том 1. Стр. 407.
28. *Fourmestreux.*—La ligature de la Carotis communis. Archiv général de Chirurgie 1907.
29. *Frugoni.* La glande carotidienne de Luchka possède-t-elle une sécretion interne propre Semaine medicale. 1912 № 41 p. 481.
30. *Он-же.* Studi sulla glandola carotica di Luchka. Policlinico XX 1913 (sez med.) p. 49.
31. *Chiari.* Über einen Fall von Carotisdrüsentumor. Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. 81 1912. S. 599—608.
32. *Schmidt.* Beiträge zur Kenntniss der Glandula carotica und ihre Tumoren. Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd 88. 1914.
33. *Seubert.* Beiträge zur Unterbindung der Carotis communis. Deutsche Militärärztliche Zeitschr. 1916. (ref Zentralblatt f. Chir. 1917).
34. *Grüber und Werner.* Zur Frage ber Unterbindung der Carotis und ihre Folgen auf's Gehirn Deutsche Medicinische Wochenschrift 1919. (ref Zentralblatt für Chirurgie 1920).
35. *Betke.* Experimentelle Untersuchungen über die physiologische Bedeutung der Glandula carotis. Brun's Beiträge. Bd 95. 1915 (ref. Zentralblatt f. allg. Pathologie u. path. Anatomie 1915).
36. *Wieck* Unterbindung der Carotis communis. Brun's Beiträge Bd 118 S. 3.

№ по порядку.	Автор, год.	Пол.	Возраст.	Наблюд. (года).	Перевязка сосудов.	Повреждение нервов.	Положение.	Величина.	Цвет разреза.	Консистенция.	И с х о д.
1	Marchand, 1891 .	Ж.	32	4 1/2	Carot. comm; V. jug. int.	Vagus, Hypoglossus sympaticus.	прав.	5,5 : 3,8 : 3,5 ст.	Коричнево-красный.	Порозная.	Смерть на 3 день от бронхопневмонии.
2	Paltauf, 1892 . .	М.	28	2 1/2	Carot. comm, ext, int.	—	лев.	С голубиное яйцо.	Красно-коричневый.	Твердая.	Выздоровление, 4 года возврата не было.
3	"	М.	32	неск. месяцев	3 carot., V. jug. int.	—	прав.	6 : 4 ст.	Темно-красн.	Довол. твер.	Смерть от кровотечения.
4	"	Ж.	18	1 1/2	3 carotides.	—	лев.	3 1/2 : 2 ст.	—	—	Выздоровление, 4 года возврата не было.
5	"	М.	35	5	Carotis ext.	—	прав.	6 : 9 ст.	Темно-красн.	Вялая.	Выздоровление Рецидив через 1 год, рецидив иноперабельный.
6	Kretschmar, 1893 .	М.	48	1	Art. thyreoid. sup., a. ling. V. jugul. ext	—	лев.	С куриное яйцо.	Серо-красн.	Мягкая.	Выздоровление, неоперабельный рецидив.
7	Kopfstein, 1895 .	Ж.	46	16	Carot. ext. u interna V. jug. interna.	—	лев.	6 : 4 : 2,5 ст.	Корич-крас.	Довол. жест.	Выздоровление, правый зрачок шире левого.
8	"	М.	34	4	3 carotides, V. jug. int.	Vagus, Sym. Hypogl.	лев.	7,5 : 5 ст.	Красно-сер.	"	Выздоровление.
9	Middleton и Biering.	М.	33	—	Carot. ext.	Glossopharyng (?).	прав.	4,5 : 3,5 ст.	—	"	Рецидив через 3 м Смерть.
10	Малиновск., 1899.	Ж.	30	10	3 carot. V. jug. int.	Резекция n. Vagi.	прав.	—	—	Порозная.	Выздоровление.
11	Синюшин, 1901 .	Ж.	41	8	3 carotides.	Facialis.	прав.	4 : 6 ст.	Буро-красн.	Мягкая.	"
12	Синюшин, 1913 .	Ж.	48	—	—	—	—	С куриное яйцо	—	—	"
13	V. Heinleth, 1900.	Ж.	60	37	—	—	лев.	С две сливы.	—	Мягкая.	"
14	Reclus et Chevassn, 1903.	Ж.	49	5	—	—	лев.	4,5 : 3,5 : 2,5 ст.	—	Порозная.	"
15	Scudder, 1903 . .	Ж.	25	9	3 carotides.	—	прав.	От ключ. до челюс.	—	Жесткая.	"
16	Cuneo et Dainville.	Ж.	23	3 1/2	—	Facialis.	прав.	"	—	Твердая.	"
17	Macphater . . .	Ж.	31	6	3 carot, V. jugul. int	—	лев.	"	—	—	"
18	Funke	М.	48	6	3 carot, V. jug. int.	—	прав.	5 : 3,3 ст.	—	—	"
19	Möncheberg, 1905.	М.	52	2—3	3 carot, V. jug. int.	Резекция n. Vagi, Hypoglossus.	лев.	6 : 5,5 : 4,5 ст.	—	Жесткая.	Гемиплегия, выздоровление. Смерть от пневмонии на 3 день после операции.

№ по порядку.	Автор, год.	Пол.	Возраст.	Наблюд. (года)	Перевязка сосудов.	Повреждение нервов.	Положение.	Величина.	Цвет разреза.	Консистенция.	И с х о д.
20	Möncheberg, 1905.	Ж.	30	11 $\frac{1}{2}$	3 carotides.	—	лев.	С куриное яйцо.	—	Мягкая.	Выздоровление.
21	"	Ж.	50	3	"	—	лев.	С голубиное яйцо.	—	Жесткая.	"
22	Kauffman u. Rupaner, 1905.	Ж.	21	21 $\frac{1}{2}$	"	—	лев.	С гусиное яйцо.	—	Мягко-эласт.	"
23	Kauffman u. Rupaner, 1905.	Ж.	20	7	3 carot. V. jug. int.	Hypogloss, Vagus.	лев.	С детский кулак.	—	Мягкая.	Смерть от пневмонии на 2 день.
24	Hedinger, 1905.	Ж.	62	случайн. находка при вскры.	—	—	прав.	3 : 1,5 : 1,5.	—	—	—
25	Oberndorfer, 1905.	Ж.	—	—	—	—	прав.	С куриное яйцо.	Красно-кор.	Мягко-эласт.	—
26	Leithoff, 1904	—	—	—	—	—	—	С персиковую кост.	—	—	—
27	Beitzke, 1909	Ж.	56	случайн. находка при вскры.	—	—	лев.	Со сливу.	Кремо-кор.	Довол. тверд.	—
28	Zondeck, 1908	М.	63	9	3 carotides.	—	прав.	7 : 5 ст.	Коричневат.	—	Выздоровление.
29	Da Kosta, 1906	М.	52	20	3 carot. V. jug. int.	—	прав.	С куриное яйцо.	—	Твердая.	Гемиплегия, выздоровление.
30	Da Kosta, 1913	Ж.	36	16	Carotis externa.	—	—	С волош. орех.	—	—	Выздоровление.
31	Keen, 1906	М.	56	18	3 carotides.	—	лев.	8 : 5 ст.	Серо-красн.	Мягкая.	Смерть от отека легких через 12 недель.
32	Neuber, 1913	М.	30	9	"	Vagus, Sympat.	прав.	С куриное яйцо.	"	Твердая.	Смерть от размягч. мозг. на 2 день отека легких.
33	"	Ж.	67	?	—	—	?	"	Темно-кор-красн.	"	Выздоровление.
34	"	Ж.	31	6	Carotis communis	Recurrans V.	лев.	"	—	Мягко-эласт.	"
35	Gilford and Davis, 1904.	М.	62	6 мес.	3 carot. V. jug. int.	Резекция п. Vagi.	лев.	—	—	—	Смерть на 7 день (пневмония и гемиплегия).
36	Gilford and Davis, 1904.	М.	52	3 мес.	V jugularis int.	—	лев.	—	—	—	Рецидив через 6 недель, смерть через 5 месяцев.
37	Gilford and Davis, 1904.	М.	74	1	—	—	лев.	—	—	каменно-тв.	Больной не оперировался, смерть через 18 месяцев от метастаза в печен.
38	Collier, 1914	Ж.	50	5	3 carotides.	Recurrans Vagi.	лев.	С грецкий орех.	—	Твердая.	Выздоровление. Паралич п. laryng

№ по порядку.	Автор, год.	Пол.	Возраст	Наблюд. (года).	Перевязка сосудов.	Повреждение нервов.	Положение.	Величина.	Цвет разреза.	Консистенция.	И с х о д.
39	Schmidt, 1914 . .	Ж.	52	20	Слева 3 carotides, V. Fac. Anactomos Car. comm с С int. Справа —	N. hypoglossus sinister.	двухст.	Левое с кур. яйцо. Прав. с муск. орех.	Пятнист, серо-желт. и красноватый	Эластическая (левая) твердая (пр.).	Выздоровление.
40	Cecca, 1906 . . .	М.	40	4	—	—	прав.	С лесной орех.	—	—	Неопериров. Смер. от Пневм.
41	Rivet, 1907 . . .	Ж.	49	7	—	—	лев.	—	—	—	Выздоров. Афония.
42	Cook, 1907 . . .	М.	29	—	3 carot, V. jug. int.	—	—	7 : 5 ст.	Гемно-красн.	Эластическ.	Смерть через 1 час. после операции от кровотечения.
43	Cathcart, 1908 . .	М.	33	—	3 carotides.	—	лев.	С голубиное яйцо.	—	Твердая.	Выздоровление.
44	Licini, 1908 . . .	М.	28	9	—	—	прав.	С куриное яйцо.	Красно-кор	Мягкая.	"
45	Douglas, 1909 . .	Ж.	23	—	—	—	прав.	3,5 : 2,5 : 1,5 ст.	—	Твердая.	"
46	Coley and Downes.	М.	35	4 мес.	Carot. externa.	—	лев.	С куриное яйцо.	—	"	Смерть через 4 мес. от рецидив.
47	Coley	М.	53	6	—	Ramus buccalis n. jacialis.	лев.	—	—	"	Смерть через 8 мес. от рецидива.
48	Green, 1908 . . .	Ж.	7	2	3 carotides.	—	прав.	С куриное яйцо.	—	—	Выздоров. Непл.
49	Green, 1919 . . .	Ж.	45	17	3 carot., V. jug. int.	Vagus, Hypogl, Glossoph.	—	От угла челюсти до ключицы.	Синеватый.	—	Смерть на столе.
50	Makara, 1907 . .	М.	18	2	3 carotides.	—	прав.	С голубиное яйцо (4 : 3,2 : 3).	—	—	Смерть на 3 день от размягчения мозгов. веществ.
51	Alezais et Peyron, 1910.	М.	Вар.	случайн находка при вскры.	Сращена с 3 каротидами и v. jug. int.	—	—	—	—	—	—
52	Кузнецов, 1910 .	Ж.	48	2	Carot. externa.	—	прав.	С лесной орех.	—	—	Выздоровление.
53	Лигин, 1910 . .	М.	Вар.	—	3 carotides.	—	—	—	—	—	"
54	Добромыслов, 1908	М.	41	17	3 carotides, V. jug. interna et externa	Vagus резекция и Sympaticus.	лев.	С куриное яйцо.	Красн.-серая	Плотная.	Смерть через день.
55	"	Ж.	25	7	—	—	лев.	С гусиное яйцо.	Желто-серо-красн.	Эластическ.	Выздоровление.
56	Woolley and Fee, 1912.	Ж.	68	2	3 carotides.	—	прав.	6,5 X 3 X 3 ст.	—	—	Смерть на 23 день от сепсиса.
57	Chiari, 1912 . . .	М.	37	3 1/2	Carot. ext., V. jug. int.	ramus desc. n. Hypogl.	лев.	С голубиное яйцо.	Корично-кр.	Твердая.	Выздоровление.
58	Hollaender, 1912 .	Ж.	Вар.	—	—	—	лев.	С куриное яйцо.	—	—	"
59	Kandisi, 1912 . .	Ж.	55	9	—	—	прав.	С лимон.	—	Эластическ.	Выздоровление парез прав. связки.

№ по порядку.	Автор, год.	Пол.	Возраст.	Наблюд. (года).	Перевязка сосудов.	Повреждение нервов.	Положение.	Величина.	Цвет разреза.	Консистенция.	И с х о д.
60	Boni, 1912 . . .	Ж.	34	4	3 carot, V. jug. int.	Vagus et-Sympat.	прав.	С апельсин.	—	„	Выздоровление.
61	Mathews	М.	25	3	V. jug. externa (частичное удаление.		лев.	С гусиное яйцо.	—	—	Больной остался с опухолью.
62	Lillienthal, 1909 .	Ж.	38	10 мес.	Частичное иссечение а затем пышный рост:		прав.	От trapezii до средней линии.	—	Твердая.	Через 8 месяцев достигло прежней величины. Смерть от кровотечения.
63	„	Ж.	56	30	3 carot, V. jug. int.	Раздраж n. Sympat.	—	С куриное яйцо.	—	—	Смерть от кахексии через 2 года. Метастаз. не было.
64	Graham, 1913 . .	М.	27	10	3 carotides.	Recurrans v. Symp	прав.	5 : 4 : 3 ст.	—	—	Выздоровлен.
65	„	М.	27	7	Carot. ext. V. jug. int.	Vagus (резекция).	прав.	С куриное яйцо.	—	Мягкая.	Выздоровление.
66	Simmouds	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
67	„	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
68	Callison and Mac-henty, 1913.	М.	41	6 нед	Частичное удаление опухоли без перевязки сосудов и перерезки нервов.		прав.	14 : 10 ст.	Серо-красн.	Твердая.	Смерть через 3 недели от кровотеч. из carot. comm.
69	Steindl, 1915 . .	Ж.	30	10	—	Vagus, Sympat, Recurrans.	лев.	6,5 : 4,3 : 2 ст.	Серо-белый с красным.	„	Выздоровление.
70	Gronemann, 1914 .	М.	42	2	3 carotides.	N. Vagus (резекц).	лев.	С куриное яйцо.	—	Мягкая.	Смерть на 2 день от размягч. мозга.
71	Wetlerdal, 1917 .	М.	47	1/2	Частичная экстирпация.		—	—	—	—	Смерть через 1/2 г
72	„	Ж.	56	—	—	—	—	—	—	—	Выздоровление.
73	Winslow, 1917 . .	Ж.	—	—	Carotis c., V. jug.	—	прав.	С куриное яйцо.	—	—	„
74	„	—	—	—	Carotis comm.	—	прав.	—	—	—	„
75	Grönberger, 1917 .	М.	67	—	Случай признан неоперабельным.		—	От угла челюсти до середины Mediastini	—	—	Смерть через 3 дня после произведенной ламинектомии по поводу болей в шее и руке.
76	Reenstierna, 1919 .	Ж.	36	—	—	—	прав.	—	—	—	Выздоровление.
77	„	—	43	—	—	—	прав.	—	Серо-желтый	—	Смерть в конце операции.
78	Лялин, 1920 . .	М.	34	—	3 carot. jug. int.	Резекция Vagus.	прав.	3,5 : 3,9 : 6,2 ст.	и неж. масса	Эластическ. красный.	Смерть на 6 день от паралича сердца.

Болевой симптом, наблюдаемый при аппендиците.

Консультанта б. Рижского военного госпиталя д-ра мед. А. В. Григори.

При перкуссии левой подвздошной области и наличии аппендицита получаем боль в точке Mac Burney. Эту боль можно объяснить передачей сотрясения тонких кишок больному аппендиксу. Болевой симптом выражен наиболее ясно при перкуссии по середине между пупком и левой верхней передней остью подвздошной кости. При этой перкуссии происходит сотрясение тонких кишок, которое, передаваясь больному аппендиксу, вызывает чувство боли в точке Mac Burney; при перкуссии более латерально мы попадаем в область толстой кишки, откуда сотрясение больному аппендиксу передается менее отчетливо; при перкуссии более медиально—мы попадаем в область прямых мышц, сокращение коих ослабляет сотрясение.

При остром и подостром аппендиците достаточно легкой перкуссии между пупком и *spina ilei ant. sup. sin.*, чтобы вызвать боль в области больного аппендикса; боль эта обычно локализуется в точке Mac Burney, или вблизи таковой. При хроническом аппендиците требуется для получения болевого симптома, более сильная перкуссия, иногда двумя пальцами правой руки при вдавливании пальцами другой руки брюшных стенок.

Непосредственная перкуссия области больного аппендикса при остром и подостром аппендиците обычно также болезненна, при хроническом же аппендиците непосредственная перкуссия часто совершенно безболезненна, между тем как перкуссия слева вызывает боль справа. Возможно, что при непосредственной перкуссии сокращение мышц настолько ослабляет вызванное перкуссией сотрясение, что не происходит чувства боли; при перкуссии же слева сотрясение через расслабленные брюшные стенки передается безпрепятственно больному аппендиксу, вызывая чувство боли в точке Mac Burney.

Вызывая описанный болевой симптом, мы не всегда получаем заявления от больных на ощущение ими боли, иногда они заявляют, что „ударяет вправо“, „отдает вправо“ и т. д.

Производя пальпацию больного аппендикса, мы непосредственно после такой пальпации описанного болевого симптома иногда не получаем, особенно при хроническом аппендиците, но получаем его вновь по прошествии нескольких минут. Возможно, что те довольно острые болевые ощущения, которые были вызваны пальпацией ослабили временно способность к восприятию более тонких болевых ощущений.

В некоторых случаях хронического аппендицита, при медиально расположенном отростке и сращениях с тонкими кишками, или при сморщивании брыжейки отростка, мы, вызывая описанный болевой симптом, получаем ощущение боли не только в точке Mac Burney, но одновременно также в подложечной области, при тазовом положении аппендикса получаем одновременно ощущение боли и в надлобковой области.

Возможно следовательно в некоторых случаях благодаря описанному болевому симптому подойти ближе к выяснению патолого-анатомической картины заболевания.

Описываемый болевой симптом я получал во всех случаях аппендицита, даже при отрицательном Rovsing'e.

Насколько описанный болевой симптом себя оправдывает в случаях необходимости дифференциальной диагностики при подозрении на заболевания женской

половой сферы, желчного пузыря, язвой желудка, или двенадцатиперстной кишки и т. д. дело дальнейших наблюдений.

Во всяком случае описанный болевой симптом получается весьма просто, мало беспокоит больного, более постоянен, чем симптом Rovsing'a, а потому заслуживает внимания и проверки. Целый ряд наблюдений (свыше ста), проверенных операций, выяснил как постоянство указанного симптома, так и ценность его в диагностическом отношении. Привожу некоторые из них.

1) Кр-ец И. Г. 20 лет. Болен 3 года. Тупая боль в правой подвздошной области, усиливающаяся при ходьбе и после приема пищи. Последний год два раза наблюдались приступы болей в правой подвздошной области, боли длились дня три, сопровождались тошнотой; рвоты и повышения температуры не было. Последний приступ больше м-ца назад. Частые запоры. Перкуссия правой половины живота болезненна, при перкуссии левой подвздошной области ощущается боль в точке Mac Burney. Симптом Rovsing'a отрицательный. При ощупывании правой подвздошной области удается иногда при глубоких вздохах нащупать червеобразный отросток, перекатывающийся под пальцами, довольно подвижный, удлиненный, несколько утолщенный и болезненный. После произведенного нащупывания отростка перкуссия левой подвздошной области не дает ощущения боли справа. Через некоторое время (5—10 минут) после нащупывания симптом вновь получается; повидимому болевые ощущения, вызванные пальпацией, временно притупили более тонкие болевые ощущения. При операции удален несколько утолщенный, подвижный длиною в 12 сант., червеобразный отросток, с подслизистыми экхимозами в утолщенном конце его.

2) Кр-ц П. А. 28 л. болеет с год. Первый приступ схваткообразных болей в правой подвздошной области длился 5—6 дней, была рвота и небольшие повышения температуры; сейчас второй приступ таких же болей, появившихся три дня назад. Болит весь живот особенно в правой подвздошной области, два раза рвало. Температура 37,5. При перкуссии правой подвздошной области боль в точке Mac Burney, там же боль при перкуссии левой подвздошной области. Симптом Rovsing'a резко положительный. При пальпации правой подвздошной области резкая болезненность и мышечное напряжение. Исследование через шесть недель. Боль при перкуссии правой подвздошной области выражена слабо положительно, при перкуссии левой подвздошной области ясно ощущается боль в точке Mac Burney. При ощупывании правой подвздошной области, латеральнее прямой мышцы по линии, соединяющей пупок с верхне-передней остью подвздошной кости прощупывается перекатывающийся под пальцами утолщенный, болезненный червеобразный отросток, мало подвижный. Сейчас же после пальпации правой подвздошной области перкуссия левой подвздошной области не дает боли в точке Mac Burney, но через 5—10 мин. мы боль эту вновь получаем. Симптом Rovsing'a положительный. При ощупывании отросток особенно ясно выступает на гребне m ileo-psoatis при поднятии больным ноги, выпрямленной в колене. При операции удален утолщенный, воспалительно измененный, лежавший в сращениях отросток.

3) Г-ка А. В. 31 года, больна 2 года. Постоянные боли в правой половине живота, временами усиливающиеся. Частая тошнота, рвоты не было. При исследовании гинекологическом норма.

Ощупывание правой подвздошной области болезненно, из-за мышечного напряжения ощупывание точных результатов не дает; перкуссия этой области болезненна, особенно в точке Mac Burney при перкуссии левой подвздошной области ощущается боль в точке Mc-Burney. Rovsing положительный. При операции удален червеобразный отросток, лежавший позади слепой кишки, частично к ней приращенный, воспалительно измененный.

4) Кр-ец Р. Н. 24 лет, болен с год. Постоянные боли в правой подвздошной области, особенно после еды и ходьбы, временами знобит. Год назад заболел схваткообразными болями всего живота, особенно под ложечкой и справа, пролежал дней пять, несколько раз рвало; вторично заболел месяца два назад, тяжелее первого раза, пролежал дней 10, с тех пор постоянные боли в правой половине живота. Ежедневные повышения температуры до 38°—38,5°. Ощупывание правой подвздошной области болезненно, несколько латеральнее точки Mac Burney прощупывается довольно плотный, болезненный валик, малоподвижный, толщиной несколько больше большого пальца, длиною в 7—8 с. Перкуссия над валиком болезненна, болезненность в этой же области, но меньшая определяется также при перкуссии симметричной области слева. Симптом Rovsing'a отрицательный. При операции резко утолщенный у верхушки флегмонозно измененный червеобразный отросток перегнутый в середине, верхушка прободена и спаяна со стенкой слепой кишки. Червеобразный отросток от перегиба и до верхушки наполнен гноем, гной через прободение верхушки пролил себе путь на 4—5 сант. в стенку слепой кишки; слизистая кишка цела. Червеобразный отросток выделен и обшит. Гнойник в стенке слепой кишки на всем протяжении вскрыт, на этом же месте разрезана слизистая кишка, дан таким образом сток гноя в просвет кишки. Два ряда швов на разрез кишки. Тампон. Швы.

5) Кр-ец П. К. 28 лет, заболел восемь месяцев назад схваткообразными болями во всем животе, боли длились дня 4, рвоты и повышения температуры не было. Когда острые боли прошли, стал ощущать тупые боли в правой подвздошной области. Месяц назад болезнь вновь обострилась, появились схваткообразные боли в правой подвздошной области. Перкуссия левой подвздошной области дает ощущение боли справа в середине между пупком и spina ilei anter superior; перкуссия справа также болезненна, но менее, чем при первом опыте. Нащупать червеобразный отросток из-за выраженного мышечного напряжения не удается. Симптом Rovsing'a отрицательный. При операции удален утолщенный, воспалительно измененный, перегнутый сращениями червеобразный отросток.

6) Кр-ец И. Г. 20 лет, заболел впервые 2 недели назад схваткообразными болями в правой половине живота, раз вырвало, частая тошнота, острые болевые ощущения через неделю стихли; тупая боль ощущается все время. Перкуссия правой подвздошной области, особенно в середине рас-

стояния между пупком и spina ant. sup. резко болезненна, там же но менее остро ощущается боль при перкуссии симметричной области слева. Rovsing отрицательный. Ниже и латеральнее точки Мас Burney прощупывается инфильтрат, параллельный ligament. Poupartii длиной в 8—10 с. шириною 4—5 с. Через 4 недели инфильтрат рассосался. Перкуссия в точке Мас Burney болезненна, там же ощущается боль при перкуссии левой подвздошной области, причем боль сильнее, чем при непосредственной перкуссии. Rovsing отрицательный. Прощупывается утолщенный, болезненный, умеренно подвижный у свободного конца и фиксированный у основания червеобразный отросток. При операции удален утолщенный, воспалительно измененный, длиной в 10 с. червеобразный отросток, сращенный у основания.

7) Кр-ец П. П., 26 лет, болен с год, хорошего телосложения и питания. Постоянные тупые боли в правой подвздошной области, временами усиливающиеся. Рвоты не было ни разу. Перкуссия правой подвздошной области не дает ощущения боли, при перкуссии левой подвздошной области ощущается довольно острая, боль в точке Мас Burney. Rovsing слабо положительный. Ощупывание правой подвздошной области болезненно, особенно в точке Мас Burney; точных ощущений ощупывание это не дает в виду мышечного напряжения и толстого подкожного жирового слоя. Удален червеобразный отросток, несколько утолщенный, длиной 12 сант. подвижный, с кровоизлияниями под слизистой. Вся серозная оболочка слепой кишки и частью восходящей гиперемирована и покрыта бугорками. Глухой шов. Заживление первым натяжением. Прекрасное самочувствие после операции.

- 8) Командир батальона А. Б. 26 лет. 1½ года назад произведена была операция по поводу аппендицита. Первые 4—5 недель после операции чувствовал себя хорошо, затем стали появляться боли в правой подвздошной области, особенно после еды. Боли бывают ежедневно, отравляют больному жизнь, характер их тупой, ноющий, рвотой не сопровождаются. Постоянные запоры. Перкуссия как правой, так и левой подвздошной области не дают нигде ощущения боли. Rovsing отрицательный. Болезненность при ощупывании правой подвздошной области, более всего несколько медиальнее точки Мас Burney; все же возможна глубокая пальпация, причем червеобразный отросток нащупать не удается. При операции разрезан тяж, перетягивавший отчасти нижнюю часть ilei, соесть очень подвижна. Ушивание соеи.

9) А. П. Кр-ец, 20 лет. Считает себя больным год. Ощущает боли в правой подвздошной области, рвоты не было, стул исправный, ясно выраженных приступов болей не бывало. Считает себя больным аппендицитом, коим болен также и брат его и просит сделать ему операцию. Объективно: резко повышенные кожные и сухожильные рефлексы, красный дермографизм, отсутствие глоточного рефлекса, дрожание век при закрытии глаз, дрожание высунутого языка и растопыренных пальцев вытянутых рук. Перкуссия как правой так и левой подвздошных областей не дает нигде ощущения боли. Rovsing отрицательный. При глубокой пальпации правой подвздошной в области нахождения червеобразного отростка заявляет, что чувствует боль. Заставляя больного поднять правую ногу и делать глубокие вдохи удается иногда на гребне ileorsoatis нащупать подвижный, несколько чувствительный червеобразный отросток. При операции удален нормальный по виду червеобразный отросток длиной в 10 с., слизистая его макроскопически найдена без изменений.

10) Кр-ец К. А., 28 лет, боле 4 месяца. Заболел рвотой, повышением температуры, схваткообразными болями во всем животе, особенно справа, пролежал 2 недели; с тех пор постоянные боли в правой подвздошной области. Перкуссия правой подвздошной области безболезненна, при перкуссии левой подвздошной области, производимой двумя пальцами в виде отдельных сильных толчков ощущается слабо выраженная боль в области, отвечающей приблизительно точке Мас Burney. Rovsing отрицательный. При ощупывании правой подвздошной области определяется по середине между пупком и spina ant sup. и несколько латеральнее припухлость без резких границ, умеренно плотная, мало болезненная, величиною почти с кулак взрослого человека. При операции отросток найден укутанным резко утолщенным салником, в брыжейке отростка несколько распавшихся желез. Аппендектомия, удаление распавшихся желез. Тампон. Через два дня удаление тампона, через 7 дней снятие швов, через 2 недели выписан.

11) Кр. А. П. 24 лет. Болен 2 года, было 4 приступа, длительностью каждый 3—4 дня, рвоты и повышения температуры не было. Последний приступ схваткообразных болей в правой подвздошной области около двух месяцев назад. Сейчас боли в правой подвздошной области особенно при движениях. При перкуссии правой подвздошной области, особенно в точке Мас Burney ощущается небольшая боль, там же боль значительно сильнее выражена при перкуссии левой подвздошной области одновременно ощущается боль в подложечной области. Симптом Rovsing слабо положительный. При ощупывании сейчас же у наружного края прямой мышцы выше и медиальнее точки М. Burney прощупывается малоподвижный, утолщенный, болезненный червеобразный отросток, идущий дальше медиально. При операции червеобразный отросток оказался спаянным со своей брыжейкой, свободный конец отростка идет вверх и медиально и сращен с тонкими кишками. Аппендектомия. Глухой шов. Через 7 дней снятие швов, через дальнейшие 5 дней выписан.

12) Кр-ец А. С. 22 лет, заболел впервые приступом схваткообразных болей в правой подвздошной области в начале апреля 1920 г., приступ длился 4 дня, второй приступ в конце апреля того же года длительностью в три дня, третий приступ два месяца назад, длился шесть дней. Все приступы сопровождались рвотой, повторявшейся 3—4 раза, темп. не измерялась. Во время последнего приступа чувствовалась резь в мочеиспускательном канале. В настоящее время самопроизвольных болей нет. При усиленной ходьбе и после приема пищи ощущается чувство давления и тяжести в правой подвздошной области. Пальпируя при поднятой правой ноге, на гребне ileorsoatis прощупывается ясно в виде утолщенного валика слепокочечная часть подвздошной кишки, несколько медиальнее и выше прощупывается круглый, болезненный, малоподвижный, перекатывающийся под пальцами валик, конец коего уходит в полость таза. При перкуссии левой подвздошной области получается ощущение боли справа несколько ниже и латеральнее точки Мас Burney, причем одновременно ощущается боль и в пузыре. Непосредственная перкуссия области больного аппендикса

также болезненна, боль однако в пузырь не отдает. Симптом Rovsing слабopоложительный. При операции удален несколько утолщенный, болезненно измененный аппендикс, конец которого сращен свежими спайками с пузырем.

В случаях 1, 4, 5, 6, 7 и 10 получался болевой симптом несмотря на отрицательный Rovsing, или отсутствие боли при непосредственной перкуссии.

В случаях 1, 2 болевой симптом непосредственно после произведенной пальпации червеобразного отростка пропадал и вновь появлялся через 5—10 минут.

Болевой симптом мы не получили в случае 8—аппендикс был удален при операции и в случае 9, когда при операции удален был нормальный по виду червеобразный отросток.

В случаях острого аппендицита непосредственная перкуссия области червеобразного отростка дает более резкие болевые ощущения, чем боль, получаемая при перкуссии слева (случаи 4, 6); напротив того в случаях хронического аппендицита непосредственная перкуссия обычно менее болезненна, чем перкуссия слева; иногда при непосредственной перкуссии боль не воспринимается вовсе (случаи 1, 7, 10).

Случай 10 представляет интерес в том смысле, что, не смотря на наличие воспалительной припухлости, вызванной аппендицитом, непосредственная перкуссия не давала никаких болевых ощущений, которые получались однако в области припухлости при перкуссии левой подвздошной области.

Воспалительная припухлость в этом случае имела как бы характер закончившагося болезненного процесса, в результате коего больной червеобразный отросток оказался со всех сторон укутанным утолщенным сальником. Вот эта муфта из сальника и мышечное сокращение служили препятствием к восприятию болевых ощущений при непосредственной перкуссии означенной припухлости, муфта из сальника значительно ослабляла болевые ощущения. передаваемые при перкуссии слева.

Симптом Rovsing'a мы в случаях несомненного аппендицита получали далеко не всегда. Если же давление рукой, как предлагает его Rovsing, производить не типично по его способу, а скорее таким образом, как это предлагает Ретман, а именно в виде легкого толчка левой подвздошной области в направлении правой половины живота, то это будет уже не способ Rovsing'a, а скорее подойдет к способу, предлагаемому мною, т. е. к перкуссии левой, подвздошной области. При способе Rovsing'a рукой, положенной ладью на живот и проводимой вверх по colon descendens и transv предполагается возможность проталкивания газов в colon transversum, colon ascendens и coecum и отросток, вызывая тем самым растягивание его и боль воспаленного отростка. Едва ли однако такой механизм на самом деле имеет место. Скорее, нужно полагать, боль вызывается увеличением внутрибрюшного давления, смещением и сотрясением тонких кишок и передачей такого сотрясения больному отростку. Увеличение внутрибрюшного давления и смещение тонких кишок при Rovsing'e и передается повидимому больному аппендиксу, что и дает чувство боли; возможно конечно и некоторое сотрясение тонких кишок с передачей этого сотрясения больному аппендиксу; конечно сотрясение это будет значительно резче выражено при перекусии при нашем болевом симптоме, чем при типичном Rovsing'e. Если механизм получения боли в области больного аппендикса при Rovsing'e. и при моем болевом симптоме главным образом вызывается передачей сотрясения тонких кишок больному аппендиксу, то такое сотрясение при нашем симптоме будет выражено значительно резче, чем при типичном Rovsing'e. Может быть этим и объясняется нередкое отсутствие Rovsing'a там, где имеется предлагаемый мною болевой симптом.

О первичном костном эхинококке*)

Старшего врача фабрики Сокол Вологодской губ. Н. М. Нейман.

Первичный костный эхинококк заболевание настолько редкое, что профессор Франгенгеим обнаружил в мировой литературе до 1906 года только 102 случая эхинококка костей (данные, приведенные Лексером в книге „Общая Хирургия т. II“).

И вполне понятно, что заболевание это крайне редко, особенно если принять во внимание путь заражения человека. Заражение происходит путем попадания зрелых яиц эхинококка, живущего в кишечнике собаки, в желудок человека, или крупного и мелкого рогатого скота; после растворения скорлупы яиц из них освобождаются эмбрионы (онкосферы), снабженные 6-ю крючьями и 2-мя присосками и прикрепляются к стенкам кишечника, пробуравливают ее и уносятся током крови, или лимфы. По току крови зародыши попадают в систему воротной вены, а оттуда в печень; по току лимфы — в грудной проток, верхнюю полую вену, правое сердце и легкое. Размер эмбрионов 25—28 микрон и понятно, что как ни широки капилляры печени и легких, эмбрионам эхинококка через них пройти трудно и требуются какие-то особые обстоятельства, которые помогли-бы им попасть в другие части организма, не осевши предварительно в печени, или легких. Может быть для объяснения тех случаев, когда паразит впервые обнаруживается в костях, мышцах и т. д. придется признать другой путь заражения, путем непосредственного втирания или попадания паразита в случайно поврежденную кожу, что требует еще своего подтверждения.

Различные авторы разное располагают отдельные органы по частоте попадания в них эхинококка. Так Лексер приводит следующую таблицу: печень, легкие, почки, селезенка, брюшина, мускулы, кости, кожа, грудная железа, щитовидная железа:

А ш о ф:—печень, брюшина, селезенка, легкое, почки, мускулатура, кости.

Ш м а у с:—печень, легкое, плевра, брюшина, почки, мускулатура, мозг, селезенка, кости, кожа, глаз.

Из приведенного перечня видно, что все авторы почти единодушно ставят кости на последнем, или на одном из последних мест по частоте попадания в них первичного эхинококка.

Как известно, эмбрион эхинококка, попав в новый организм, превращается в финну, стенки которой имеют характерное строение: наружный слой построен из концентрических пластинок хитина, внутренний паренхиматозный содержит мускульные волокна, сосуды и пузырьчатые зародышевые клетки. Эти клетки путем почкования от стенки дают начало или новым сколексам (зародышевым головкам) числом до 25, или же превращаются в новые пузыри, имеющие то-же строение, что и материнский пузырь. Пузыри наполнены прозрачной жидкостью, свободной от белка, содержащей янтарную кислоту, хлористый натр, щавелевокислый калий, холестерин и особый специфический для эхинококка токсальбумин (Лексер), а также распад.

Различают две формы эхинококка *Echinococcus unilocularis* и *Ech. multilocularis*. Если дочерние пузыри не обнаруживаются, говорят об *Azephalocyste* (немецких авторов). У животных эхинококковая опухоль достигает величины яблока, у человека размеров головы и больше.

В костях встречаются оба вида эхинококка, чаще-же всего наблюдается множественный эхинококк. Начинается он с малых очагов в клетках губчатого

*) Доклад читанный на научном совещании врачей Вологды 23 сентября 1921 г.

вещества кости. По мере роста паразита, кость разрушается, в кости образуются полости, наполненные беловатой, или желтоватой жидкостью. При заболевании, длинных трубчатых костей паразит находится в губчатом веществе эпифизов как обычно при всех гнездных заболеваниях, происшедших путем эмболии. Чаше предпочитают травматизированные места (старые переломы).

Следующее место по частоте заболевания эхинококком за трубчатыми костями занимают тела позвонков и кости таза. Единичные случаи наблюдались в Diploe черепных костей с прободением в полости клиновидную и лобную. Еще реже паразит наблюдался в грудине, лопатке и фалангах пальца. У человека при эхинококке кости в пузырях иногда наблюдаются секвестры и костный песок.

В течение многих лет колоний пузырей могут расти в кости незамеченными: больные жалуются только на легкую утомляемость и изредка на боли.

Так как разрушение кости идет очень медленно и Corticalis утончается исподоволь почти без новообразования костных пластинок со стороны периоста, то во многих случаях первым признаком эхинококка кости является самопроизвольные переломы кости или прободение кости, причем гнойоподобная масса, содержащая пузыри, проникает в окружающую кость мягкие ткани.

На эхинококках позвонков при этом наблюдаются явления сдавления спинного мозга. На плоских костях появляются как-бы наросты с флюктуирующим содержанием, иногда на них слышится звук, как-бы треска пергамента. Из эпифизов может эхинококк проломиться, в соседний сустав и привести к его разрушению.

Проному эхинококка через кожу обычно предшествуют абсцессы.

Ввиду малого количества данных, которые были в моем распоряжении в литературе по поводу указанного заболевания эхинококка кости, я позволю себе привести Вам историю болезни своего пациента, которая подтверждает изложенное мною о ходе заболевания эхинококка костей.

Больной И. А. К. 36-ти лет, Вологодской губернии, города Тотмы. Проживает на фабрике „Сокол“, где заведует школой II-й ступени. Поступил в Сокольскую больницу 10 августа 1921 года. Диагноз Echinoc. ossium ped., dextr. Phlegmone pedis. Отец и мать больного живы, отцу 61 год, матери 60. Оба здоровы, 3 сестры живы, братьев нет; один брат скончался 16 лет от воспаления легких. У матери выкидышей не было. Из детских болезней пациент перенес корь в возрасте около 6 лет без всяких осложнений. Время от 6 лет до 27-ми был совершенно здоров; никаких болезней за это время, которые заставляли-бы пациента лежать он не помнит. Здоровье до 27-ми лет всегда было хорошее. 16 лет пациент поступил в учительскую семинарию города Тотмы, был осмотрен врачом и признан совершенно здоровым; 20-ти лет—в Петроградский учительский Институт, также подвергся медицинскому освидетельствованию во врачебной Комиссии и признан совершенно здоровым. Женится 27-ми лет, венерическими болезнями не болел. У жены двое детей: одному 7 лет, а другому 2½ года, дети и жена здоровы. Выкидышей у жены не было. Пациент отмечает, что у родителей дома всегда были собаки, которые валялись на кроватях у детей. Пациент впервые почувствовал себя больным в октябре 1911 года. Внезапно, часа в 2 ночи, совершенно онемела правая нога и свилась тупая боль в правом колене на несколько минут. Вскоре пациент уснул, боли прошли и к утру он встал совершенно здоровым. Это же повторилось через месяц, тоже ночью и та-же нога онемела; повернуть ее пациент не мог (будто на ногу положена большая тяжесть) та-кая-же тупая боль и тоже скоро прошла. К утру пациент снова встал здоровым. В декабре 1911 г. появилась опухоль в правом коленном суставе и стала распространяться вверх. Ходить стало трудно, едва прошел от квартиры в баню, на расстоянии 50 сажен. Пациент лечился в биржевой больнице в Петрограде; был поставлен диагноз „воспаление коленного сустава“. Лечение горячими воздушными ваннами и компрессами в течении 6-ти недель. Пациент стал свободно ходить, но опухоль не прошла, хотя стала меньше. В дальнейшем опухоль увеличивается за время ходьбы и уменьшается за ночь. В январе 1912 года пациент обратился к Профессору Евгению Павлову, был поставлен диагноз „водянка коленного сустава“. Лечение безрезультатно. Так оставалось положение до 1915 года, причем болезнь оставалась на той-же ступени. Пациент ходил, без палки и опухоль не уменьшалась.

В первой половине 1915 года появилась ограниченная припухлость, величиной в голубиное яйцо в нижней трети голени, не воспаленная, безболезненная, исчезающая при давлении на нее, не окрашенная в синеватый или красный цвет, а в нормальный цвет кожи. При надавливании на опухоль чувствовался под ней дефект кости, в виде ямки (провал кости, по словам пациента).

В 1915 году, летом, появилась припухлость в правом голеностопном суставе; сильные боли в суставе и общее его утолщение. Ходить стало тяжело. Пациент приписывал это ревматизму, лечился ваннами, но безрезультатно. Опухоль голеностопного сустава увеличивалась с каждым годом. В 1917 году появилась припухлость на передней поверхности правой голени в верхней ее трети на расстоянии полутора—двух сантиметров от суставных концов, причем эта припухлость разрасталась быстро, распространяясь книзу, также исчезала при давлении на нее и под основанием этой опухоли чувствовалась изъеденная поверхность кости, шороховатая на ощупь.

Под мое наблюдение пациент поступил в марте 1917 года. В этом-же году мною было предложено сделать пациенту операцию вылушения опухолей, но по совету других врачей эта операция не состоялась. В 1918 году с самого начала года пациент отмечает общее ухудшение положения обоих суставов, быстрый рост суставных и указанных на костях опухолей, ходить стало трудно и пациент без палки ходит с большим трудом, причем вся правая голень сильно распухла и стала толще левой, чуть не вдвое.

Уже в 1918 году у пациента бывают периоды, когда он ходить совершенно не может и должен лежать в постели по 3—4 недели, так как больные суставы причиняют острые боли и опухоли их увеличиваются.

После каждого обострения болезни остается большее увеличение опухолей. В 1919 году положение то-же, без перемен. В 1920 году, летом, появляется новая опухоль на передней поверхности коленного сустава справа, более твердая по своей консистенции, величиною с куриное яйцо, безболезненная. Весь 1920 год прошел для пациента плохо, в кровати лежал месяца три.

С 1921 года положение хуже; пациент должен лежать чаще, так как ходить стало очень трудно. Весь март и апрель провел в постели. За это время сильно распух нижний сустав, причем, по выражению пациента, наростали новые опухоли на старых, подобно шарам. В апреле появилась новая опухоль на задней поверхности голеностопного сустава в области ахиллова сухожилия, ходить стало очень трудно, даже с палкой. В 1919 году мною был сделан пробный прокол опухоли коленного сустава. Я получил грамма два гноеподобной жидкости. Очевидно, я шприцем опорожнил какой-нибудь один из пузырей, содержимое которого подверглось распаду. Пациент посылался в 1919, 1920 и 1921 годах на юг (Кавказ и Крым на грязелечение), но это лечение не состоялось по независящим от пациента обстоятельствам.

6-го августа 1921 года, после псевдики в Вологду и продолжительной ходьбы в течение 2-х суток, пациент стер кожу ноги на опухоли около голеностопного сустава (снаружи), получилась припухлость и краснота. Пациент стал лечиться компрессами и когда образовавшийся нарыв вскрылся 7-го августа, из полости его вылилась не гнойная, а кашицеобразная масса, содержащая минимум светлой жидкости, громадное количество осумковавшихся пузырей, похожих на круглые зерна саго, прозрачных и содержавших в себе безцветную жидкость.

8-го августа я осмотрел эту кашицеобразную массу и заподозрил эхинококк. Пузыри были различны по величине, от мелкой горошины до средней величины ореха; когда они допались, из них выделялась прозрачная слизистая жидкость. Лечение компрессами из боровской жидкости.

Содержимое сумок отвезено мною 8-го августа в гор. Вологду, доктору Михайлову для исследования. Крючья не были найдены, но в жидкости оказалось громадное количество кристаллов холестерина. Точно диагноз поставлен не был; был поставлен вероятный диагноз эхинококк. Когда я вернулся 8-го августа домой, я в 9 час. вечера посетил пациента; температура была 39, пульс 125—130, вся область правого голеностопного сустава и правая голень до верхней его трети сильно покраснели; сильные боли во всей голени; краснота за время от 7-го до 9-го быстро распространилась во всей голени. 9-го утром температура 38,3, пульс 115, краснота по голени поднимается выше; самочувствие плохое, больной говорит о близкой смерти, жалуется на сильную общую слабость. 9-го вечером в 5 час. температура 39,3, пульс 139, краснота и воспаление доходят до колена. Опасаясь септикопиемии и, предполагая эхинококк и нагноение всех полостей его в костях и мускулатуре, предлагаю больному ампутацию, на что в 12 час. ночи получил согласие. 10-го в 7 час. утра больной был доставлен в больницу, где была произведена операция—ампутация правой ноги несколько выше середины бедра. В разрезе ткани мускулы и кости совершенно здоровы. Ампутация по общим правилам—способ 3-х моментный, циркулярный. На 3-й день вынута турунда, на 10-й сняты швы, кроме 2-х, на 12-й последние два. Заживление первичным натяжением, на 19-й день больной выписался домой. Вечером после операции температура 37,1, пульс 76; на завтра утром пульс и температура нормальны, на 3-й день вечером температура 37,3, на четвертый день 36,6, пульс 72 и в таких пределах держалась до выписки из больницы.

Распознавание костного эхинококка, как видно из изложенного мною, задача очень трудная, так как болезнь настолько редка, что заболевание всегда относится на счет других причин и зачастую болезнь узнается только во время операции. Так Лексер приводит случай Кюстера, который производил операцию 22-х летнему мужчине вследствие ложного сустава при вторичном переломе плеча и где обнаружен был во время операции эхинококк. Чаще всего думают о туберкулезных нарывах, о сифилитических гуммах, о миелогенных саркомах, и т. д. Если же эти болезни исключаются и заметно недостаточное разращение кости, тогда можно думать об эхинококке. При рентгеноскопии многочисленные полости в кости, лежащие близко одна от другой, говорят за эхинококк (Риттер).

Исследование гноя не всегда дает сколексы и крючья, кроме того в гною могут находиться различные бактерии.

По мнению Фон-Бергмана нахождение кристаллов холестерина является ценным признаком.

Очень важно обратить внимание на изучение крови больных эхинококком, а именно: при эхинококке в организме больного, мы в крови его находим увеличенное количество эозинофилов, но это признак не абсолютно подтверждающий эхинококк, так как эозинофилия наблюдается в крови и при других паразитах.

Вот почему особого внимания заслуживает единственно правильный и абсолютно верный метод в диагностике эхинококка, указанный Ghedini и Kreuzer и вполне аналогичный методу определения сифилиса по Вассерману, причем антигеном служит эхинококковая жидкость овцы или спиртный экстракт из высушенного содержимого эхинококковых пузырей (Крейцер). Полагают, что специфический эхинококковый токсальбумин вырабатывает в организме человека специфическое антитело-эхинококковый амбоцептор, который при реакции инактивируется путем уничтожения комплекта (нагревание крови до 56°). В дальнейшем, прибавляя активную сыворотку, содержащую не специфический, но активный комплект, мы замыкаем цепь для реакции, а затем вторичной реакцией контролируем, употреблен ли для первой реакции комплект или нет. Это делается также, как при реакции Вассермана введением в действие бараньих кровяных шариков и сыворотки кролика, содержащей специфический амбоцептор, растворяющий эти шарики (сыворотки также инактивированной, т. е. нагретой до 56° и тоже лишенной комплекта). Если гемолиз бараньих кровяных шариков не наступает, значит комплект употреблен для первой реакции, т. е. эхинококковый токсальбумин связался с эхинококковым антителом—кровяные шарики остались не растворенными, гемолиз не наступил, реакция считается положительной. Эхинококк в организме имеется. Если же кровяные шарики растворились, гемолиз наступил, комплект в первой реакции не употреблялся, эхинококкового антитела нет, реакция отрицательная. Пациент эхинококком не болен.

Из всего вышесказанного делаю следующие выводы:

- 1) Эхинококк костей—заболевание крайне редкое,
- 2) Диагноз этого заболевания крайне труден, т. к. долгое время болезнь внутри костей протекает почти незаметно и развившуюся уже болезнь легко смешать со многими другими,
- 3) Благодаря редкости болезни и трудностям постановки диагноза эта болезнь врачами зачастую не узнается своевременно, чем причиняется больным непоправимый ущерб,
- 4) Правильный путь для диагноза эхинококка дается путем исследования крови на эозинофилию, а главное исследованием кровяной сыворотки, по способу Гедия-Крейцер, аналогично реакции Вассермана. (Ашоф. т. I, стр. 240) и нахождение в жидкости, получаемой путем пункции кристаллов холестерина (Фон Бергман).

В заключение приведу копию письма д-ра Михайлова, производившего исследование жидкости из больных суставов и ампутированной ноги: „8-го августа 1921 г. доктором Нейманом из Сокольской больницы в лаборатории было доставлено содержимое абсцесса в области голеностопного сустава. Содержимое это представляло сплошь мелкие пузыри с прозрачным содержимым. К сожалению эти пузыри были большей частью в спавшемся состоянии и в большинстве из них жидкости не осталось, но все-таки, по просьбе Неймана, я сделал микроскопическое исследование содержимого одного небольшого пузыря и обнаружил большое количество кристаллов холестерина. На основании одного этого исследования я уклонился от постановки диагноза, но высказал предположение, что мы имеем дело, повидимому, с эхинококком и просил прислать более свежий, не слежавшийся материал. 11-го утром была доставлена ампутированная нижняя конечность, ампутация была произведена в средней трети бедра. В препроводительной записке сообщается, что после прободения голеностопного сустава у больного началась флегмона, краснота быстро пошла вверх и вечером 9-го достигла $39,3^{\circ}$, при пульсе свыше 110. Опасаясь септицемии, зная результаты рентгеновского снимка, указывавшего на сильную узурацию кости, а также принимая во внимание результаты исследования содержимого сустава, больному с его согласия была произведена ампутация. При вскрытии присланной нижней конечности со стороны бедра никаких изменений не отмечается кроме некоторого обнажения мышечков вследствие некротизации эпифизарного хряща. Коленный сустав припух, кожа, покрывающая его красноватого цвета, напряжена. Точно такая-же картина отмечается и в области голеностопного су-

става, где кроме того имеется еще и рана, из которой выделяется густое, желтоватого цвета, содержимое с примесью пузырей. При вскрытии мышц голени, вся межмышечная клетчатка и мышцы представляются сплошь пронизанными густой кашицеобразной массой со множеством различной величины пузырей, наполненных прозрачной серозной жидкостью при микрохимическом исследовании последней обнаружено громадное количество жировых капель, кристаллов холестеарина, янтарная кислота и единичные крючья (сколексы). По снятии мышц и связок обнаружили резкие изменения в обеих частях голени, препарат каковых представляется. Полости обоих суставов сообщались с окружающими тканями вследствие разрушения сумочной связки разросшимися пузырями, каковые видны и в узурированных местах обеих костей.

К этому могу добавить, что кости голени изрешетены, Corticalis не толще одного миллиметра. В дырах Corticalis свободно проходит палец. Мышечки и суставные концы совершенно разрушены и приходится удивляться, каким образом пациент мог передвигаться на такой ноге, даже с помощью палки.

Считаю долгом выразить свою глубокую благодарность доктору К. М. Михайлову за произведенное исследование и тщательную обработку присланного препарата, который благодаря этому является особенно ценным и ярко показательным. (Препарат находится в Музее при Вологодской Губернской больнице).

Литература:

- 1) *Erich Lexer*: Allgemeine Chirurgie, Sechste Auflage Stuttgart 1912. Band I и II.
- 2) *Pathologische Anatomie L. Aschoff* Jena 1913.
- 3) *Grundriss der pathologischen Anatomie von D-r Hans Schmaus* Sechste Aufl. Wiesbaden 1912.

О диететическом лечении дизентерии.

Д. В. Кубышкина (Вологда).

Прежде чем говорить о диете при лечении дизентерии, я вкратце считаю необходимым сказать несколько слов о патолого-анатомических изменениях в толстых и тонких кишках. Патологоанатомическая картина умерших (след. тяжело-болевших) показывает, что язвенным процессом поражается главным образом rectum и flexura Sigmoidеа, и только в очень тяжелых случаях поперечная и восходящая часть толстых кишек; тонкие же кишки даже в тяжелых случаях почти не поражены—в них только небольшие явления катарра (простого); как исключение бывают поражения и в тонких кишках (как напр. в неопубликованном еще случае д-ра Алаева, где на вскрытии было обнаружено, что слизистая тонких кишек омертвела на 155 см.). Так как в жизни обычно преобладают случаи средней тяжести, то мы и должны принять за основание, что поражается главным образом rectum и flexura Sigmoidеа, органы играющие малую роль в пищеварительном отношении, а наиболее важные пищеварительные органы—желудок, тонкие кишки остаются более или менее не задетыми процессом, да и поперечная и восходящая часть толстых кишек во всяком случае редко поражены язвенным процессом, хотя явления катарра в них значительно выражены. Принимая во внимание сравнительно новый взгляд на дизентерию, как на резкий запор, а не понос, и что тонкие кишки находятся в паретическом состоянии, и что функции тонких кишек в пищеварительном отношении сохранены, мы должны теперь преследовать, стоя на твердом основании, две задачи. Первая—кормить больного легко перевариваемой, мало-гниющей и бродящей пищей сообразно с его аппетитом, т. е. давая ему есть досыта. Такой пищей мне кажется можно считать молоко, сухой хлеб, крупы, кисели, бульон—все это в разнообразном виде, т. е. в виде супов, каш и т. п. Вторая—вывести эту пищу по возможности скорее и в жидком состоянии. Вторую задачу—мы стараемся выполнить дачей слабительных.

Мы хорошо знаем, что дизентерия есть бактериальная болезнь, имеющая свой срок течения то более короткий (3—5 дней), то более длинный (10—14 дней), как и другие заразные болезни как то крупозная пневмония, сыпной, брюшной и возвратный тиф, корь и т. п. Поэтому, считая частые испражнения при дизентерии только как симптом болезни, как напр. высокую t^0 при вышеуказанных болезнях, мы должны хладнокровно дожидаться кризиса, т. е. исчезновения частых позывов и появления каловых испражнений; поэтому не будем стараться, во что бы то ни стало, уменьшить количество и изменить качество испражнений. Ведь раз произойдет кризис, то и другое само по себе изменится—испражнения будут реже и в них появится кал. Ведь на нашей памяти были две школы—одна за понижение t^0 во что бы то ни стало чуть недо нормы дачей больших и частых доз жаропонижающих при заразных болезнях с высокой t^0 и другая школа, которая совершенно воздерживалась от дачи жаропонижающих. Восторжествовала вторая, и теперь редкий врач даст жаропонижающие при крупозном воспалении легких и тифа.

Вот на такую точку зрения мы должны стать и относительно лечения дизентерии в смысле частоты и характера испражнений при ней. Я думаю, что не далеко то время, когда мы совершенно откажемся от употребления так наз. закрепляющих (висмут, таннальбин и т. п.), дезинфицирующих (салол, каломел) и тем более наркотиков (опий), но даже откажемся и от слабительных, так как действие их (имея в виду парез тонких кишек) проблематично. Ведь иногда даешь

слабительное сначала (обычно в большой дозе), а потом продолжаешь его давать в дробных дозах и все таки ни количество, ни качество испражнений совершенно не изменяется. А вот на 10—14 день вдруг испражнения становятся реже и в них появляется кал—ведь это произошел кризис, тонкие кишки вышли из паретического состояния и сразу картина изменилась. Давая все время слабительное (средние соли—*magn. sulf.* или *natr sulfur.*), я думал, что подготавливаю, чтобы испражнения в момент кризиса были в жидком состоянии. Но так ли это? Возможно, что и без этих средних солей или вообще слабительных, а в силу так наз. кризиса, в испражнениях появился бы кал (т. е. кончилось паретическое состояние тонких, а может быть и верхней половины толстых кишок) и частота испражнений уменьшилась.

Я еще раз повторяю, что в жизни обычно встречаются случаи средней тяжести, которые при неблагоприятных условиях (грубая, дающая много кала и раздражающая пища с одной стороны, строжайшая диета, равносильная почти голодной диете, безусловно ослабляющая организм и отнимающая у него последние силы для борьбы с болезнью с другой стороны, могут этот средней тяжести случай перевести в более тяжелый, иногда ведущий к смерти или путем распространения процесса выше, т. е. на поперечную и восходящую часть толстых кишок и даже тонких (случай д-ра Алаева) или путем истощения организма (благодаря этой диете) ведущего к различным осложнениям, часто смертельным, как то нарыв печени и к более легко возникающим интоксикациям и т. п.

Как же бороться со всем этим?

Насколько просто кажется разрешается первый вопрос—кормление больного, но столько трудно разрешить второй вопрос. Мне кажется, что мы будем близки к истине, если решим этот вопрос так как нам указывает природа: Больной (в громадном большинстве случаев средних конечно) просит есть, накормим его в достаточной мере. За последнее время я придерживаюсь такой диеты. Если больной поступил ко мне в первый или второй день заболевания, то первые 12—24 часа он получает только чай и воду.

На 2-ой день + сухари (пшеничные или из французской булки) и кисели (кроме черничного) на 3-ий день + молоко пополам с водой, или самым жидким настоящим чаем, жидкие каши манную или рисовую на молоке + вода (причем в каши разрешаю незначительное количество масла сливочного или сахара, если больной иначе отказывается от них). На 4-ый день цельное молоко и те же каши но на цельном молоке, на 5-ый день + бульон с манной или рисовой крупой (его иногда назначаю и на 4-ый день), жидкое картофельное пюре, иногда печеное яблоко. Как видите стол довольно разнообразный и питательный, но самое главное заключается в том, что я разрешаю есть чрез каждые 3 часа столько, сколько хочет больной, т. е. досыта. Если в испражнениях появляются белые кусочки свернувшегося (непереваренного) молока, то я его даю или разбавленным, конечно временно (1—2 дня), иногда на 1—2 дня даже отменяю совсем. Если в испражнениях появляется неприятный запах, то я временно то же отменяю бульон, обычно запах быстро исчезает. Но первое и второе приходится делать редко. На такой диете больной у меня находится впредь до появления каловых испражнений, хотя еще с большой примесью слизи и даже еще окрашенной кровью. Как они появляются, а это бывает на 7—10 день редко на 14-ый, я назначаю более густые каши, более густое пюре, больше разрешаю класть масла и сахара, а чрез 3—4 дня разрешаю уже полухлебный пшеничный хлеб или французскую булку, а потом разрешаю яйца, а затем приблизительно к 20 дню и мясо в виде котлет. Что касается сахара, то относительно его я очень осторожен и если больной жалуется на большое количество газов, его отменяю.

Пока я применяю и местное лечение, хотя думаю, что от него мало пользы. В последнее время я отдаю предпочтение солевым и крахмальным клизмам, которые иногда уменьшают тенезмы. От высоких клизм я совершенно отказался, так как в малоопытных руках они вызывают часто значительное раздражение. Внутрь в первый день даю большую дозу (30,0 в 1, или 2 приема) ол.

ricini или magnes. sulfur., а затем в соответствующих возрасту дозах (1.0—20.0—30.0 на 200.0 aq. foenicul) даю magnes s. или natr. sulfur. по 1 чайн.—1 дес.—1 стол. ложке чрез 2—3—4—5 час. Даю и тогда, когда испражнения каловые, так как считаю, что при большом количестве пищи, поглощаемым больным, обладающим в это время обычно очень хорошим аппетитом, необходимо помогать кишечнику, чтобы было не менее 2—3 испражнений в день и чтобы они были жидкого характера, дабы меньше раздражали заживающие в это время толстые кишки и rectum. От каких-либо вяжущих и наркотиков, а также и дезинфицирующих я совершенно в виду вышеизложенного отказался. Такое лечение я провел у 35 больных, но 15 из них не считаю так как они поправились чрез 3—5 дней (след. при всяком бы лечении поправились), а 20 больных, все средней тяжести, имели вид людей, перенесших легкую болезнь, крайне мало убыли в весе и быстро стали трудоспособными; ни у одного не было никаких осложнений и интоксикации. Все больные в возрасте от 3 до 16 лет и только 3 старше 20 л. Все имели от 20 до 50—60 испражнений. Клинически проведено только 5. Конечно материал недостаточный, но я просил бы товарищей проверить мои наблюдения при больничной обстановке.

Четыре случая purpuræ hæmorrhagicæ (Morbus Werlhofii).

Н. Я. Полубояринова (Вологда).

К болезни впервые описанной Werlhof'ом относится несколько форм: 1) purpura simplex—только кровоизлияния в кожу; 2) purpura hæmorrhagica—или morbus maculosus—кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки; 3) peliosis rheumatica Schonlein'a кровоизлияния в кожу и заболевания суставов; 4) purpura Abdominalis (Henoch) кровоизлияния в кожу, кишечные кровотечения и боли в суставах; 5) purpura fulminans (Henoch)—только кровоизлияния в кожу; быстрый смертельный исход.

Unna и Lesser наблюдали purpur'y (Senilis), которая встречается в пожилом возрасте, обычно у женщин в виде кровоизлияний на предплечьях. Однако эта болезнь образуется повидимому вследствие местно действующих вредных влияний и едва ли может быть отнесена к геморрагическому диатезу.

Этиологический момент Werlhof'овой болезни до сих пор остается не ясным. В литературе прежде всего встает вопрос: должна ли эта болезненная форма быть обособлена как отдельная нозологическая единица или это только реакция сосудистой системы на интоксикацию организма тем или другим заразным началом. Ведь геморрагическую пурпуру мы имеем при целом ряде установленных болезненных форм—сыпном, брюшном тифах, кори, скарлатине, оспе, испанке, чинге, болезни Барлова, желтой атрофии печени, бугорчатке, отравлении фосфором, укусе змеи и т. д.

Вопрос этот и до сих пор остается неразрешенным, ибо наряду с пурпурой, носящей симптоматический характер мы имеем пурпуру идиопатическую, где причина для нас остается неясной. Эти то последние формы, дабы они имели наименование, Kindborg и рекомендует называть общим именем „Morbus Werlhofii“.

Теорий происхождения данной болезни две.

Одна, инициатором которой является Salvatore Ajello, считает, что purpura hæmorrhagica есть результат самоотравления организма из кишечника, вследствие всасывания гнилостных продуктов или птомаинов.

Так Burchardt наблюдал случай Werlhof'овой болезни после употребления недоброкачественного мяса, причем другое лицо употреблявшее это мясо заболело расстройством желудка.

Другая теория причиной заболевания считает заразное начало.

Авторы этой теории в подтверждение своего предположения приводят ряд лабораторных данных исследования крови.

Так Kolb находил неопределенной формы бацилл, Widal и Litten стрептококков, Lebreton стафилококков, а Letzerich в трех случаях пурпуры нашел один и тот же бацилл, который будучи привит кроликам, вызвал у них картину геморрагической пурпуры.

Однако эти находки многие авторы в том числе Naegeli, считают недоказательными, так как они могут явиться результатом вторичного заражения через поврежденную слизистую кишечника, особенно во второй стадии болезни. Словом здесь мы имеем тоже самое что и при сыпном тифе. *) Вот почему проф. Барыкин считает возможным искать возбудителя сыпного тифа в крови только в первые дни заболевания—до появления экзантем, ибо в противном случае в крови может циркулировать вторичная инфекция проникшая через поврежденный кишечник.

*) Доклад на с'езде эпидемиологов в сентябре 1920 года.

Уже из случая Burchardt'a видно, что для развития данной болезни нужны какие то предрасполагающие внутренние, а может быть и внешние моменты.

К последним некоторые авторы относят плохие гигиенические условия, неправильное питание, условия жилища и некоторые болезни (тиф, малярию, золотуху, нервное потрясение, бугорчатку и пр.).

Важность наличия антигигиенических условий, как будто, подтверждается случаями Grüning'a, когда он из одного грязносодержимого дома имел три заболевания пурпурой.

Геморрагическая пурпура характеризуется острым и подострым течением, наблюдается весной и осенью, несколько чаще у женщин и в среднем возрасте.

Клинически, в зависимости от тех подразделений, на которые было указано в начале, болезнь носит разнообразный характер. В некоторых случаях т^о.ра остается нормальной, в других она повышается до 37,8 и даже выше. Отмечаются случаи с резким расстройством общего состояния больного. Они как бы подтверждают предположение об инфекционном характере болезни.

Заболевание начинается или сразу среди полного здоровья, либо высыпаниям на коже предшествует период—продромы—усталость, блуждающие боли в конечностях, общая разбитость, головная боль, к этому присоединяются боли в мышцах, суставах, особенно коленном или голеностопном. На коже появляются кровоизлияния в самой различной форме от простого зерна до серебряного рубля и больше; местом их появления обычно бывают нижние конечности, однако они могут быть на верхних конечностях, туловище и в других местах при этом чаще на разгибательной стороне.

Форма их круглая—пятна красного или синекрасного цвета не исчезающие при давлении. Появление петехий на лице и на слизистых оболочках носа и рта относятся к случаям более тяжелого злокачественного характера. Слизистая оболочка рта, в частности десны, в противоположность цынге кровоточат крайне редко. На местах кровоизлияний там возможно образование язв. В зависимости от места кровоизлияний, могут быть различные осложнения со стороны внутренних органов. *Селезенка* в тяжелых случаях несколько увеличена.

При исследовании крови отмечается лейкоцитоз, увеличение и уменьшение эритроцитов, эритроциты с ядрами, при сильных потерях крови тяжелая анемия, уменьшение гемоглобина, нейтрофильный лейкоцитоз и уменьшение эозинофилов, словом изменения крови не представляют ничего характерного и всецело зависят от интенсивности заболевания. Свертываемость крови по некоторым авторам запаздывает на 10—15 минут.

Патолого анатомические исследования кроме явлений обусловленных вторичным малокровием и кровоизлияний в слизистых и сывороточных оболочках ничего характерного и специфического для Werlhof'овой болезни до сих пор не дали. Они не разрешили также и вопроса о патогенезе и о непосредственной причине кровоизлияний.

Микроскопические исследования тканей указывали на эндоартерииты, закупорку сосудов кокками, фибринозными тромбами и даже разрывы кровеносных сосудов. Но и эти последние наблюдения пока еще не дали согласных результатов.

Когда одни авторы причиной кровоизлияний считают: изменения в сосудах кожи и внутренних органов в виде сужения просвета сосудов, эндо и периартериита, стекловидного перерождения сосудистых стенок, жирового перерождения эндотелия капилляров и мелких вен; другие относят это к изменению крови; третьи изменение стенок сосудов связывают с действием на них токсинов, считая эти последние первопричиной кровоизлияний; четвертые всю вину видят в расстройстве иннервации сосудов и наконец пятые, находя при пурпуре изменения в гистологическом строении надпочечников склонны кровоизлияния объяснять расстройством их деятельности.

Дифференциальная диагностика требует выделить ее от следующих болезненных форм—цынги, гемофилии, лейкоемий, псевдолейкемии и септикопиемии или вернее геморрагического диатеза, как осложнения последней болезни.

Цыngu в настоящий момент мы имеем в ея различных проявлениях и выделить эту болезненную форму нам кажется легко:

1. При цынге мы имеем поражение десен более резкое, с склонностью к кровоточивости и на что мы обратили бы внимание—поражение десен чаще соответствует расположению зубной луночки, при пурпуре наоборот промежутки между зубами.

2. Поражение десен при цынге носит сливной характер, всегда идет от зубов, при пурпуре вы можете иметь отдельные кровоизлияния в виде петехии с наружной и внутренней стороны десны.

3. Кровоизлияния при цынге носят характер или мелких петехий около волосяных луковиц, чаще величиною с горошину и просяное зерно или это разлитые кровоподтеки в паренхиму ткани чаще под коленом, у коленного сустава и сустава голеностопного. При пурпуре кровоизлияния обычно сильнее выражены на разгибательных поверхностях, они крупнее разнообразные по величине, иногда до половины игральной карты и больше, с отслоением эпидермиса кожи и обнажением подкожной клетчатки. На слизистой носа, во рту, на складках губ они имеют склонность к изъязвлению. Кровоизлияния при пурпуре и клинически и анатомически более поверхностны, чем при scorbut'e.

4. Наконец анамнез, питание и антигигиенические условия при цынге и неясность этих моментов при пурпуре также дают некоторую возможность для дифференциации.

Отличить от гемофилии пурпуру сравнительно не трудно. При гемофилии мы имеем дело с постоянным состоянием организма и заболеванием наследственным. Правда и при пурпуре как и при гемофилии отмечается некоторое понижение свертываемости крови.

От лейкемии и псевдолейкемии Werlhof'ова болезнь отличается клинической картиной (увеличением селезенки, желез, повышением температуры), а главное составом крови. При первых двух формах мы обыкновенно имеем увеличение количества белых кровяных шариков (от 100000—500000 при лейкемии и от 30000—40000 при псевдолейкемии), а также изменение их морфологического состава. При пурпуре изменения крови не характерны.

От геморрагий на почве сепсиса отличить пурпуру труднее, „тем более, говорит проф. Morawitz, что результаты бактериологического исследования Morbus maculosus несомненно доказывают, что многие случаи, протекающие под картиной этого диатеза, вообще принадлежат к области септических заболеваний“.

Предсказание, за исключением тяжелых случаев, (Nepoch), обыкновенно благоприятно. Болезнь тянется 2—3 недели и в легких случаях оканчивается выздоровлением. Тяжелые могут дать кровоизлияния во внутренние органы и мозг, осложнить данное заболевание и даже повести к летальному исходу.

Особенно же надо иметь ввиду рецидивы, которые могут иметь место при всех формах пурпуры.

Лечение должно подсказать состояние больного. Во всех случаях пурпуры показано гигиено диетическое содержание заболевшего, с обилием воздуха богатого кислородом и абсолютный покой. При ревматических формах салициловые препараты. Эрготин, Secale cornutum, хлористый кальций, желатина—для повышения свертываемости крови. С той же целью Morawitz рекомендует попробовать сыворотку. Последующее малокровие лечат препаратами железа.

После этих кратких замечаний перейдем к нашим случаям:

Случай первый: девица Г. Н. Си—на 14 лет, живущая в удовлетворительных гигиенических условиях, обратилась 3-го апреля с/г. к нам с жалобой на перенесенное ею 29 марта незначительное инфекционное заболевание, давшее небольшое повышение температуры. Она чувствовала еще некоторую слабость и желала знать, может ли посещать школу. Заболевание по ее словам явилось видимо результатом раннего перехода с зимнего платья на легкое. При исследовании больной отмечена бледность кожных и слизистых покровов и несколько слабая развитость костно-мышечного аппарата. Других отклонений от нормы со стороны внутренних органов не отмечалось. Через 2—3 дня она отправилась в школу, а 8/iv явилась с жалобами на болезненность в мышцах голени и на мелкую, не обильную, величиной с просяное зерно сыпь, главным образом на голенях и отчасти на нижней $\frac{1}{3}$ бедра. Больная была уложена в постель, но так как самочувствие ее было

удовлетворительным, а t^0 -ра повышена не была, она сочла себя здоровой и снова стала посещать школу. За это время окружающим стала бросаться в глаза некоторая одутловатость, отечность лица и резкая бледность. 20/iv она обратилась к врачу своей школы—была исследована моча; исследование показало наличие нефрита с обильным количеством крови в моче. Больную уложили в постель. Измерение t^0 -ры показало повышение. За время болезни 25/iv температура была 39,2, 1/v 38,4, в остальное время она держалась на субфебрильных цифрах вплоть до 20 июня. С этого числа она упала до нормы и более не повышалась. Больная почти 3 месяца находилась в постели пользовалась ванными, мочеотонными (diuretin, folia Uvae ursi.), компрессами на область почек и солнечными ваннами, находясь все время на безмясной диете. Представленные ниже данные исследования мочи, говорят о геморрагическом нефрите. Почки в данном случае явились местом наименьшего сопротивления для той причины, которая в начале болезни дала нам типичную картину peliosis rheumatica.

В данном случае можно было бы сделать еще два предположения о туберкулезе почек и о чистой форме геморрагического нефрита. Первое отпадает благодаря отсутствию данных другого характера (первичного очага) и на основании исследования мочи. Второе—потому что воспаление почек предшествовало ясной картине пурпуры и нефрит здесь явился конечно осложнением ее.

Принятые меры лечения, особенно солнечные ванны дали благоприятные результаты. Исследование мочи в начале сентября показало нормальный ее состав с небольшим лишь повышением против нормы удельного веса.

Второй случай: больная Ф—ва Н. Вл. 14 лет ученица той же школы и класса, как и первая больная.

Жалуется на кровоизлияния и синия пятна на теле и за последнее время на боли под коленками и спереди в верхней $\frac{1}{3}$ бедра и головокружение. Такие явления отмечаются у нее вторично. Первый раз они были в 19-м году весной; причем пятна тогда были даже больше. Болезнь тянулась $\frac{1}{2}$ месяца, отмечалось разрыхление десен и кровотечения из них.

Болезни бывшие раньше: корь 4-х лет, коклюшь 7-ми, и три раза воспаление легких.

Это лето провела в колонии, питалась по ее словам удовлетворительно, однако в меню часто была солонина, соленая вобла и селедка. За лето больная несколько как будто поправилась. Из колонии пришлось взять ее вследствие незаживающих ран на ногах и появившихся кровоизлияний.

Мать больной умерла через $1\frac{1}{2}$ месяца после ее рождения от родильной горячки. Была женщина цветущего здоровья, отцу 48 лет, но выглядит он гораздо старше своих лет. До женитьбы перенес холеру. Раньше был крепкого здоровья, женился 34 лет. С 25 лет несколько выпивал, ежедневно перед обедом от 2-х рюмок до $\frac{1}{2}$ бутылки. В настоящее время страдает перемежающейся хромотой на почве нервного заболевания.

О больной можно сказать следующее: сложения она хорошего, питания удовлетворительного. Подкожный жировой слой развит недурно.

На туловище—на плечах, предплечьях, голених, левом бедре, правой ягодице имеются кровоизлияния в подкожной клетчатке величиною от просыаного зерна до игральной карты. На плечах мелкого характера в виде петехий, на других местах напоминающие синяки от ушибов. На голени 4 недели назад на передней поверхности образовались язвы на почве бывших кровоизлияний. На деснах отмечаются точечные кровоизлияния. Р. 80. Границы сердца в норме, тоны чистые. Печень и селезенка не увеличены. В легких жесткое дыхание и выдох в правой верхушке. Отмечается наклонность к бронхитам. Температура нормальная.

К нам больная обратилась 21 октября. Диагностирована Верльгофова болезнь. Назначено железо в виде 'sug. ferri sesquichlor и начата инъекция 5% repton'a. К этому моменту у больной появились новые кровоизлияния на левом предплечье и правой голени. Кровь: гемоглобину 48%, Красн. шар. 3680000, лейкоцитов 6000, отнош. 1:6130. На окраш. препарат. бледность окраски эритроцитов. Лейкоцит. форм. Лимфоцит. 27 $\frac{1}{10}$, полинуклеар. 69 $\frac{9}{10}$. Переход форм. 4 $\frac{0}{10}$.

26/x. Исчезновение пятен отмечается быстрое.

31/x. Больная отмечает исчезновение у нее длившихся долгое время головных болей. Введено 10 кб. с. сант. 5% repton'a.

9/xi. Новых пятен нет, старые исчезают.

30/xi. Новое пятно на левом предплечье величиной с серебряный рубль.

5/xii. Repton 10 кб. с.

15/xii. Самочувствие хорошее. Пятна исчезли.

11/i—22. На шею спереди небольшое количество новых пятен.

Третий случай: Р—на Е. Д. 23 лет. Больна 5 лет. Жалуется на пятна на лице и туловище; выступающие в обильном количестве, слабость, усталость, боли в ногах. Больная хорошего сложения и питания, костно-мышечный аппарат развит правильно. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно. В летнее время сыпи больше. Месячные начались с 16 лет, обильные от 8—14 дней. Очень сильное кровотечение было во время родов. Жалуется на боль в руках и ногах. Заболела 2 года спустя после начала месячных. После родов, которые были год назад, сыпи стало, как будто меньше.

Родители: отец умер от холеры 908 г., мать жива, среди родственников таких заболеваний не было. Других болезней не переносила. В прошлом году при этой же болезни из десен шла кровь и шатались зубы. Живет все время в Вологде. Жила в разных квартирах, сравнительно удовлетворительных с гигиенической точки зрения. Занимается шитьем.

Объективно: сыпь на лице, плечах, предплечьях, туловище, бедрах величиной от просыаного зерна до горошины и 10 коп. серебряной монеты. Кровоподтеки под левым глазом. Разлитые жил-

Исследование мочи:

№ по порядку	Число.	Количество.	Удельный вес.	Реакция.	Цвет.	Белок.	Мочекислоты соли.	Цилиндры.		Гнойные шар.	Почечн. эпит.	Эритроц.	Реакция на кровь.
								Гиалин.	Зернист.				
1	21/iv—21 г. . .	135	1020	Кисл.	Красно-желт.	0,50/00	—	Единичн.	—	Много.	Единичн.	Есть.	Положит.
2	27/iv	220	1011	Кисл.	Оранжев.	20/00	Есть.	Есть	Есть.	Много.	Есть.	Есть.	Резко полож.
3	9/v—21 г. . .	440	1010	Кисл.	М.оранж.	10/00	—	Есть.	Есть.	Много.	Есть.	Есть.	Положит.
4	22/v	120	1010	Кисл.	С.-желт.	0,50/00	Есть.	Есть.	Есть.	Есть.	Есть.	Есть.	Положит.
5	6/iv	120	1015	Кисл.	Сол.-жел.	Следы.	—	Единичн.	—	Есть.	Есть.	—	Слабополож
6	17/vi	300	1008	Кисл.	Сол.-жел.	Ничт. следы.	Аморф. ураты	Единичн.	—	Единичн.	Единичн.	—	Слабополож
7	19/vii	200	1018	Кисл.	Бледно-желто-мутный.	Следы.	—	Единичн.	—	—	Единичн.	Единичн.	Следы.
8	9/ix	230	1025	Кисл.	Солом.-желт.	Нет.	Аморф. ураты.	Нет.	Нет.	Единичн. лейкоц.	Единичн.	Нет.	Отрицательные.

9/v—21. При обработке всего количества мочи антиформинном на окрашенных препаратах масках туберкулезных палочек Koch'a не обнаружено.

ки—на груди, плечах, предплечьях. На голених синюшность и уплотнение. На животе сыпи меньше. После укола для взятия крови на исследование—пятно в виде булавочной головки синего цвета. Кровь: Гемоглобина 52⁰/₀. Эритроцитов 5.100.000, Лейкоциты 1:1344, на окрашенных препаратах ничего паталогического кроме бледности окраски не замечается.

30/ix. Кровотечение из десен. Назначено Ferri sesquichlor по 10 кап.

5/x. 5⁰/₀ Pepton 1 окт. с. Ин'екция под кожу.

14/x. Кровоподтеки на руках болят меньше.

19/x. Ин'екция 5⁰/₀ peptona 10 кб. с.

30/x. Была в бане после чего обильная сыпь. 10 к. с. 5⁰/₀ pepton'a.

2/xi. Сыпь держится.

7/xi. Сыпь уменьшается. Появились пятна на твердом небе и деснах.

14/xi. Кровоподтеки увеличились, поверхностного характера.

17/xi. Введено под кожу 2000 ед. дифтеритн. сыворотки.

Больная отмечает особенно благоприятное действие сыворотки. Резкое улучшение самочувствия, уменьшение болей, исчезновение колющих болей по всему телу. Вообще состояние свое в эту зиму после лечения считает лучше прошлой зимы, когда она лежала в постели, не могла работать и ходить.

28/xi. Снова появление небольшого количества пятен.

2/xii. Ин'екция 5⁰/₀ pepton'a.

8/xii. Улучшение самочувствия.

16/ii. Снова появление сыпи, колющие боли.

21/xii. Ин'екция 5⁰/₀ pepton'a.

16/i. Пятен немного. Боли ревматические в левом колене. Больная плохо одевается, а потому боли эти надо отнести к простуде.

Больная отмечает резкое улучшение, хотя и временное в самочувствии после ин'екции pepton'a. Лечение продолжается.

Четвертый случай красноармеец штрафной команды 38 запасного полка Шамахов Сергей Трифонович 21 года. Вологодской губернии, Тотемского уезда.

В 1920 г. перенес брюшной тиф, поступил в госпиталь 13/vi две недели перед поступлением находился в штрафной роте, а до этого в пересыльном пункте. При поступлении t-ра 39⁰.

При наружном осмотре на слизистой носа, языке, деснах, складках губ отмечаются язвы вследствие бывших на этих местах кровоизлияний. Кровоизлияния на языке носят видимо более глубокий характер. На разгибательной поверхности локтевого и лучезапястных сочленений, кистей рук, пальцев и голеностопных суставов отмечается наиболее интенсивная сыпь различной величины до 1¹/₂ игральной карты с отслоением эпидермиса на местах более обширных кровоизлияний. Суставы подвижны.—На резкую болезненность не жалуется. Отмечается резкая слабость и полутифозное состояние. До поступления в госпиталь он прошел через 168 сводно-эвакуационный, где отмечено кишечное кровотечение и рвота зеленью.

Течение болезни следующее:

14/vi. T⁰-ра 39,2—38,4. Распространенная сыпь на туловище и конечностях, гнойные выделения из носа. Корки засохшие на губах и под носом.

15/vi. 37,5—38,8 Жалуется на слабость, лихорадку и боли в животе.

Назначено: salomel 0.3×2, aspurin 0.5×3, молочная диета.

16/vi. На теле—на руках крупные и мелкие свежие кровоизлияния. Общая слабость, рвота. Сердце норма. Влило под кожу 500 кб. с. физиологического раствора поваренной соли.

17/vi. 36,0—36,8. Состояние тяжелое. Пульс 100, наполнения среднего, рвота, жажда. Inf. sec-ех 5,0—20,0.

18/vi. 36,7—37. Состояние тяжелое; возвышенные кровоизлияния на конечностях. Изъязвление языка и повидимому слизистой носа—откуда происходит обильное выделение. Резкий foetor ex ore. Со стороны легких норма. Токи сердца глухи. Были кишечные кровотечения.

Inf. sec. cornut, sol kali hypermangan.—Полоскание 5:10000.

19/vi. T⁰-ра у. 36,8 в. 37,3 Тоны сердца глуховаты. Появилась опухоль околоушной железы, coffeini 0,2. В легких чисто. Очень слаб. Дефекация под себя.

20/vi. T⁰-ра у. 37,8 в. 37,9. Носовое отделение; Hydrastis canadensis по 30 кап. 3 р.

21/vi. T⁰-ра 37,8 у. 37,9 в. Пульс слабый.

22/vi. T⁰-ра 36,8 у. 37,5 в. Сегодня была 2 раза рвота. Образовалось поверхностное изъязвление на правом предплечье; foetor ex ore. Согр. компр. Язвочки на деснах между зубами, покрыты корочкой.

23/vi. T⁰-ра у. 37,8 в. 38,5. Пульс хорошего наполнения. В легких и сердце чисто. Опухоль околоушной железы по прежнему. Показался гной из уха. Ушная раковина изнутри изъязвлена и отделяется вонючий гной. Перекись водорода, промывание. Моча. Количество 240 к. с., цвет красновато-желтый, слегка мутная, уд. вес 1014. Белка, желчи, сахара и крови нет. В осадке под микроскопом: ураты, кристаллы—щавелево-кислой извести, клетки плоского эпителия мочевыводящих путей.

24/vi. T⁰-ра у. 38,2 в. 39,1. Язвы на языке очищены, появились изъязвления на коже на левой ушной раковине. Parotis в том же положении. Аппетит хороший. Кровоизлияния на конечностях разсырываются.

15/vi. Т⁰-ра 38,2 у. 38,6 в. Образовались пролежни сязами на крестце. Отделяется гной. Гингивит уменьшается, язвы на языке чисты. Опухоль в том же положении. Согревающие сулемовые компрессы.

26/vi. Т⁰-ра 37,4 у. 38,0 в. Foetor ex ore у больного меньше, мочевые видны удовлетворительные.

27/vi. Т⁰-ра 37,2 у. 37,8 в. Кровоизлияния на конечностях продолжают всасываться. Язвочки на ушных раковинах гранулируют.

28/vi. Т⁰-ра 37,0 у. 37,2 в. На языке язвы чисты, на крестце гнойные язвы, на ногах продолжается всасывание.

29/vi. Т⁰-ра 37,4 у. 38,6 в. На слизистой губ изъязвление с разросшимися грануляциями: Прижигание ляписом.

30/vi. Т⁰-ра 37,0 у. 37,8 в. Appetit плохой. Общее состояние без перемен.

1/vii. Т⁰-ра у. 36,8 в. 38,0. Не ест, истощение прогрессирует. На левой руке на тыле локтевого сочленения флюктуирующая опухоль с неизменной над ней кожей.

2/vii. Т⁰-ра у. 36,8 в. 37,8. Пульс слабый.

3/vii. Т⁰-ра у. 37,2 в. 37,9. Сонливость и слабость.

4/vii. Т⁰-ра у. 37,8 в. 38,3. Status idem.

5/vii. Т⁰-ра у. 37,2 в. 38,6. Пролежни подживают. Больной слаб.

6/vii. Т⁰-ра у. 37,8 в. 38,3. Мышьяк и хина.

7/vii. Т⁰-ра у. 37,8 в. 37,8. Status плохой. Большой выдох, протрация.

8/vii. Т⁰-ра у. 37,8 в. 37,8 Inf Adonis vernalis 8, 0-200,0.

9/vii. Т⁰-ра у. 37,0 в. 37,8. Слабость, резкое истощение, ноги все время согнуты в коленях, при разгибании оказывают сопротивление

10/vii. Т⁰-ра 36,8 в. 37,8. Status тяжелый.

11/vii. Т⁰-ра у. 37,0 в. 36,9. Пролежни на левом локте, состояние тяжелое.

12/vii. Т⁰-ра у. 37,0 в. 37,6. Пролежни на крестце, на плечах и локте без изменения, течь из обеих ушей (сухой тампон в ухо, а перед этим перекинь водорода).

13/vii. Т⁰-ра 36,8 в. 37,5. Пролежни около наружных мыщелков. В правом коленном суставе флюктурирует опухоль (показать хирургу).

14/vii. Т⁰-ра 37,8 в. 37,8. Состояние очень тяжелое (безнадежное). Пульс слабого наполнения. Decubitus'y. Общее истощение. Зыбление в правом коленном суставе. Пробная пункция—обнаружился гной.

15/vii. Т⁰-ра у. 36,0 в. 35,8. Отечность предплечья и тыльной стороны кисти руки. Состояние без перемен.

15/vii. В 10 часов вечера в бессознательном состоянии, пульс слабого наполнения, дыхание совсем поверхностное и учащено.

15/vii. В 12 часов ночи скончался при явлении слабости сердца.

П Р О Т О К О Л

патолого-анатомического вскрытия тела красноармейца 38 зап. стр. полка штрафной команды, Шамахова Сергея Трифоновича 21 года от роду. Прижизненный диагноз: геморрагический диатез.

Вскрытие 20 июля 1921 года.

А) Наружный осмотр: труп очень исхудавшего человека, телосложения правильного, питания резко-пониженного. На различных местах кожи туловища и конечностей имеются многочисленные, разнообразной формы кровоизлияния, темно-багрового цвета. Некоторые имеют вид пузырей, наполненных темной, гнилостно-геморрагической жидкостью. На крестце, с обеих сторон образовались глубокие язвы, с характером пролежней, идущие вглубь тканей до кости и дающие сильные гнилостные отделения. Такого же характера, но меньших размеров, язвы имеются и на пяточной области обеих нижних конечностей. Правый коленный сустав припух, в полости его—скопление большого количества гноя, густой консистенции—темно-зеленого цвета. Слизистая оболочка языка экскорирована.

Б) Вскрытие: I. Грудная полость. Взаимное расположение органов этой полости—нормально. В полости обеих плевр—скопление большого количества (до 400,0) кровянистой жидкости, с хлопьевидным осадком. Нижне-задние участки нижних долей обеих легких уплотнены, гиперемичны, безвоздушны. Прочие отделы свободны и не изменены. В полости околосердия имеется скопление небольшого количества кровянистой жидкости. Мышца сердечная, тонкая, дряблая, полости сердца растянуты и выполнены кровянистыми сгустками, и отчасти жидкой кровью. На серозном покрове легких (висцеральном листке) кое-где мелкие точечные кровоизлияния.

II. Брюшная полость: в полости брюшины—небольшое скопление кровянисто-окрашенного экссудата.—Селезенка увеличена в размерах, дряблая, ткань ее почти черного цвета, очень рыхлая с поверхности разреза лезвием ножа соскабливается обильная полужидкая кашица. Печень также

больших размеров, рисунок тонкого строения на поверхности разреза органа не ясно выражен. Почки—плотны и велики, капсула снимается сравнительно легко, на поверхности разреза—мелкие кровоизлияния. Желудочно-кишечный тракт не изменен, пуст; кишечник вздут газами. Прочие органы без изменений.

III. Черепная полость:

Epicrisis. Геморрагический диатез: Haemothorax utriusque, haemopericardium incipiens. Degeneratio adiposa cordis. Hyperplasia lienis et hepatis. Hyperaemia rhenum. Haemorrogiae et decubitus multiplex pyaemia.

Смерть от паралича сердца.

Л и т е р а т у р а.

1. К вопросу о патогенезе Werlhof'овой пятнистой болезни М. М. Шуруповой. Русск. врач. 1915 г. № 23.
 2. Болезни крови и кроветворных органов. Morawitz Изд. Мед. Совр. 1916 г. СПТ.
 3. Руководство к внутренней патологии т. III и IV Dieulafoi изд. практ. мед. 1899. СПТ.
 4. Внутренние и детские болезни Drasche изд. Окса 1898 г.
 5. Теория и практика внутренних болезней Kindborg изд. практ. мед. 1913 г.
 6. Клинические лекции. Вып. I пр. Филатов. Москва 1903 г.
 7. К казуистике purpurae haemorrhagicae Корхова и Яниса. Врачебное дело № 7 и 8 1919 г.
 8. Eulenburg Энциклопедия том III.
-

О ваго—и симпатикотонии *).

В. А. Штаркер.

Завед. нервным отделением Вологодского б. Рижского военного госпиталя.

За последние три десятилетия, благодаря трудам английских врачей Gaskell'я, Langley'я и других, достигнуты значительные успехи в учении о так наз. висцеральной или вегетативной нервной системе.

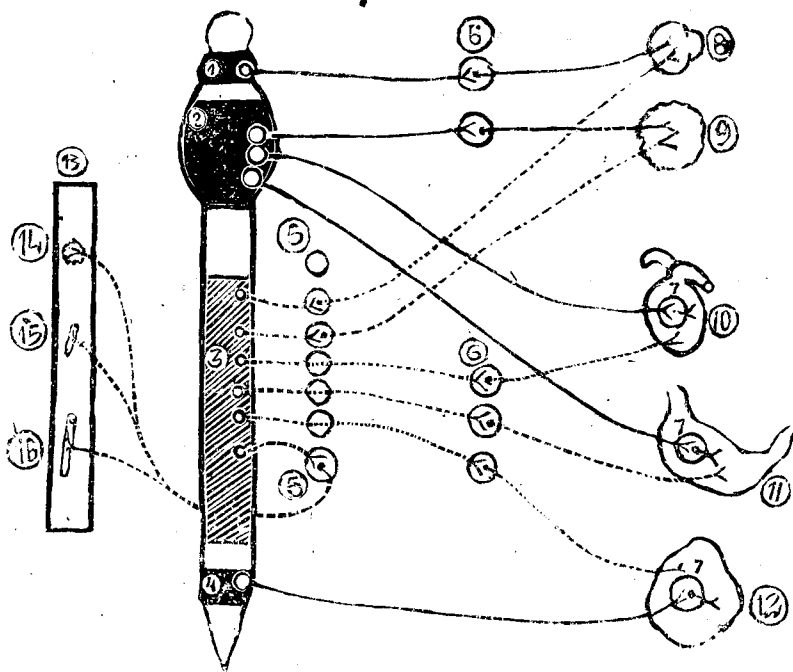
Успехи эти способствовали возникновению в 1909 г. теории венских врачей—Eppinger'a и Hess'a о т. н. ваго—и симпатикотонии.

Для уяснения сущности этого учения, целесообразно вспомнить некоторые анатомо-физиологические и фармакологические данные, касающиеся вегетативной нервной системы.

Как известно, вся эффекторная нервная система, проводящая импульсы к периферии, делится на, цереброспинальную или соматическую, обнимающую органы произвольной функции—поперечно-полосатую мускулатуру, и на висцеральную или симпатическую нервную систему, не подчиненную нашей воле, и иннервирующую гладкие мышцы кожи, сосудов, внутренностей, а также железы, сердце, половые органы.

Между обеими системами существует не только физиологическое, но и анатомо-гистологическое различие.

Схематическое изображение висцеральной нервной системы.



1. Мезэнцефалическая часть автономной нервной системы.
2. Бульбарная часть автономной системы.

*) Сообщено в научном совещании врачей г. Вологды 7 октября 1921 г.

3. Клетки симпатической нервной системы в дорсальной и ниже-поясничной части сп. мозга.

4. Сакральная часть автономной системы.

5. Вертебральные узлы пограничного ствола.

6. Превебральные узлы.

7. Терминальные ганглии в органах.

8. Глаз.

9. Слюнные железы.

10. Сердце.

11. Желудок.

12. Мочевой пузырь.

13. Кожа.

13. Потовые железы.

15. Пиломоторы.

16. Сосуды.

Примечание. Пунктиром изображены волокна симпатической нервной системы, сплошными линиями—волокна автономной. В некоторых вертебральных, превебральных и терминальных ганглиях происходит перерыв волокон.

Вдоль позвоночника, с каждой стороны отдельно, тянется т. н. пограничный или главный ствол симпатического нерва, который состоит из ряда вертебральных узлов, соединенных между собою продольными пучками волокон. Узлы шейной и грудной части расположены возле позвоночника; узлы поясничной и крестцовой частей—на передней поверхности поясничных позвонков и крестца. От различных участков пограничного ствола направляются к периферии ветви, которые, переплетаясь между собою, а также с периферическими ветвями некоторых черепно-спинно-мозговых нервов, образуют так называемые симпатические сплетения. В этих сплетениях расположены различной величины симпатические ганглии, которые, в отличие от вертебральных ганглиев пограничного ствола, носят название превебральных. К числу последних относятся напр., ганглии, расположенные в солнечном сплетении, или в нижнем мезентериальном сплетении. Есть еще терминальные ганглии, расположенные в стенках полых органов, как напр. Ауэрбахово сплетение в стенке кишечника.

Таковы связи пограничного ствола с периферией.

С центральной нервной системой пограничный ствол соединяется с помощью мягкотных волокон *rami communicantes albi*. Волокна эти берут начало в сером веществе грудной и верхней поясничной части спинного мозга, в клетках, расположенных в боковом роге и по периферии между боковым и задним рогом, и образующих клеточный столб, носящий название *tractus intermedio—lateralis*.

Шейная и ниже-поясничная части спинного мозга не содержат, по Gaskell'ю, симпатических клеток.

Симпатические волокна выходят из спинного мозга вместе с передними двигательными корешками и направляются затем в пограничный ствол.

Одни волокна оканчиваются в вертебральных ганглиях пограничного ствола, другие—в превебральных симпатических ганглиях.

Все эти волокна носят название преганглионарных и представляют собою первый нейрон симпатического нерва на пути от спинного мозга к соответствующему органу.

В вертебральных и превебральных узлах берут начало постганглионарные волокна, составляющие второй нейрон симпатического пути.

Таким образом, в отличие от церебро-спинального эффекторного нерва, идущего без перерыва от центра к поперечно-полосатой мышце, симпатическое нервное волокно складывается по меньшей мере из двух нейронов—одного преганглионарного, другого постганглионарного. Сумма этих нейронов и составляет симпатическую нервную систему.

Эти особенности строения вегетативной системы установлены Langley'ем путем многочисленных экспериментов на животных с помощью т. н. никотино-

вого метода. Он доказал, что никотин является фармакологическим реактивом для симпатической нервной системы, действующим парализующе лишь на клетки вертебральных и превертебральных узлов, в которых прерываются симпатические нервы, и не действующим вовсе на соматическую нервную систему. Так, например, если впрыснуть животному раствор никотина, или смазывать им обнаженные симпатические узлы, то раздражение преганглионарных волокон не вызывает никакого эффекта в соответствующем органе, ибо симпатический путь прерван вследствие поражения узловых клеток. Эти опыты способствовали изучению строения и свойств симпатического нерва.

Кроме симпатической нервной системы в узком смысле слова, отвечающем старой терминологии анатомов, системы, берущей начало в грудной и верхнепоясничной части спинного мозга и обнимающей собою пограничный ствол с его узлами и волокнами (см. № 3, 5, 6, 7 схемы), со времени Gaskell'я и Langley'я различают еще т. н. парасимпатическую или автономную нервную систему*).

Последняя (см. №№ 1, 2, 4 схемы), по месту происхождения преганглионарных волокон в центральной нервной системе, делится на три отдела: 1) мезэнцефалический, 2) бульбарный и 3) крестцовый.

Преганглионарные волокна мезэнцефалической части (см. № 1 сх.) берут начало в четверохолмии, откуда в стволе глазодвигательного нерва направляются к цилиарному узлу, где начинается второй нейрон—постганглионарный, снабжающий сфинктер и цилиарную мышцу. Раздражение этих волокон вызывает сужение зрачка и аккомодацию, в то время, как раздражение волокон симпатического нерва, берущего начало в первом грудном сегменте и иннервирующего дилататор, вызывает расширение зрачка.

Волокна бульбарного отдела автономной системы берут начало в продолговатом мозгу (см. № 2 сх.) и выходят в стволе лицевого нерва, снабжая при посредстве барабанной струны слюнные железы, и в стволе блуждающего нерва. Иннервируя дыхательные органы, сердце и желудочно-кишечный тракт от глотки до нисходящей толстой кишки. Все эти органы иннервируются также и дорсальным отделом симпатического нерва (№ 3 сх.), но в функции обеих систем—полная противоположность: раздражение автономного блуждающего нерва вызывает замедление деятельности сердца,—раздражение nn. accelerantes симпатического нерва ускоряет ее; раздражение автономных волокон блуждающего нерва усиливает перистальтику кишок и желудка, раздражение симпатического n. splanchnicus тормозит эту деятельность.

Что касается крестцового отдела автономной нервной системы, то волокна его начинаются в сакральной части спинного мозга (см. № 4 сх.) и иннервируют мочевой пузырь, прямую кишку и половые органы, которые снабжаются также и симпатической нервной системой,—с теми же функциональными особенностями: раздражение автономного n. pelvici вызывает выделение мочи вследствие сокращения детрузора пузыря и расслабления сфинктера, раздражение симпатического нерва вызывает задержку мочеиспускания.

Таким образом, мы видим, что каждый почти орган, снабжаемый вегетативной системой, получает двойную иннервацию: от собственно-симпатического нерва, посылающего импульсы ко всем почти органам тела, и от автономной нервной системы, подразделяемой на мезэнцефалический, бульбарный и крестцовой отделы, из коих каждый иннервирует определенную область. Кроме того, обе системы находятся в состоянии физиологического антагонизма, послужившего поводом для подразделения всей висцеральной системы на два отдела.

Симпатическая и автономная система реагируют различным образом и в фармакологическом отношении. Кроме никотина, действующего определенным образом на промежуточные узловыя станции обеих систем, есть фармакологические средства, из коих одни действуют только на симпатическую, другие—толь-

*) В отношении номенклатуры нет полного единодушия: сам Langley называл автономной всю висцеральную нервную систему, включающую в себя и симпатический нерв, но в большинстве литературных источников удержалось название «автономный» для мезэнцефало-бульбо-сакрального отдела. Названия в этом смысле и мы будем придерживаться.

ко на автономную нервную систему. Так, адреналин, добываемый из надпочечников, является ядом для симпатического нерва и не действует вовсе на автономную систему. Возбуждая окончания симпатического нерва, он вызывает расширение зрачка, ускорение пульса, сужение сосудов, задерживает перистальтику и секрецию желудка и кишок и т. д. Специфического средства, парализующего симпатический нерв, мы не знаем.

Следует указать здесь на исключение из этого правила: потовые железы, иннервируемые симпатическим нервом, в фармакологическом отношении реагируют лишь на действие автономных ядов, каковыми являются пилокарпин, мускарин, физостигмин, холин—с одной стороны, атропин—с другой.

Атропин парализует окончания автономных нервов, в то время как группа холина действует на них возбуждающим образом. Так, атропин, парализуя окончание глазодвигательного нерва, вызывает расширение зрачка, пилокарпин же, возбуждая эти волокна, суживает его; атропин вызывает сухость во рту вследствие парализующего влияния на автономную *chorda tympani*; пилокарпин, наоборот, усиливает слюноотечение вследствие возбуждающего действия на слюно-отделительные волокна барабанной струны.

То же наблюдается и в сфере блуждающего нерва—атропин, действуя парализующим образом на окончания *vagi*, расслабляет желудочно-кишечную мускулатуру и учащает деятельность сердца.

Следует указать на некоторые индивидуальные особенности этих средств: в то время как адреналин действует одинаково на всю симпатическую нервную систему,—атропин сильнее действует на мезэнцефало-бульбарный отрезок, чем на сагитальный, пилокарпин резко действует на отделительные волокна и слабее действует на сердце.

Эти факты и послужили исходным пунктом для исследований Eppinger'a и Hess'a по вопросу о так называемой ваго и симпатикотонии.

В нормальных условиях симпатическая и автономная нервная система, несмотря на их функциональное различие, находятся в состоянии тонического равновесия, благодаря регулирующему влиянию желез с внутренней секрецией.

Эндокринные железы, отдавая в кровь свои гормоны, т. е. физиологические продукты секреции, вызывающие химическую связь между различными органами тела,—при посредстве висцеральной нервной системы и другими, еще не изученными в достаточной степени путями, влияют на различные функции организма: на обмен веществ, на кроветворение, рост, на физическое и интеллектуальное развитие.

Одним из хорошо изученных гормонов является адреналин,—продукт деятельности хромоаффинной системы надпочечников и клеток, сопровождающих симпатические нервы.

Избыток этого гормона в крови вызывает повышение тонуса симпатической нервной системы или так наз. симпатикотонию.

Что касается т. н. автономных, т. е. гормонов, влияющих на автономную нервную систему, то они пока еще не найдены.

Eppinger'ом и др. высказано предположение, что секреты поджелудочной железы влияют задерживающим образом на продукцию адреналина; удаление панкреатической железы усиливает функцию надпочечников.

О ваготонии можно, по Е. и Н., говорить тогда, когда автономная нервная система, главным представителем которой является *vagus*, преобладает над симпатической.

Чтобы определить, какой тонус превалирует у данного индивидуума, Е. и Н. применяли вещества, действующие специфически на ту или другую систему, причем исходили из следующих соображений: если адреналин раздражает симпатическую, а пилокарпин и атропин действуют на автономную нервную систему, то по результатам, получаемым от впрыскивания этих веществ, и по интенсивности реакции можно судить о состоянии тонуса той или другой системы.

Путем многочисленных экспериментов на людях и животных эти авторы нашли, что адреналин вызывает сильную реакцию, если имеется на лицо симпатикотония. Симптомами резко выраженной симпатикотонии являются: расширение зрачков, ускорение пульса, повышение кровяного давления, малая выносливость к глюкозе, гликозурия в ответ на впрыскивание адреналина, появление белого дермографизма, нейтрофилия.

Пилокарпин и атропин действуют резко при ваготонии, которая характеризуется по Е. и Н. целым рядом болезненных явлений, как напр.: потливость, замедление пульса, гиперсекреция желудка, повышение кислотности последнего, спазм аккомодационной мышцы, сужение зрачков, широкая глазная щель (симптом Грефе), легкая сократимость гладкой мускулатуры бронхов (бронхиальная астма), спастический запор, отсутствие гликозурии при впрыскивании адреналина, большая выносливость к глюкозе (250—300 гр. глюкозы не вызывают алиментарной гликозурии), красный дермографизм, эозинофилия.

Е. и Н. нашли, что наличие ваготонии исключает у данного лица симпатикотонию и наоборот: в тех случаях, когда атропин или пилокарпин вызывают бурную реакцию, адреналин не действует и наоборот.

Таким образом, сообразно с результатами, получаемыми экспериментально-фармакологическим путем, можно, по Е. и Н., разделить людей на ваго- и симпатикотоников—первые чутко реагируют на пилокарпин и атропин, вторые—на адреналин.

Это учение венской школы v. Noorden'a в лице его учеников Eppinger'a и Hess'a обратило на себя внимание врачебного мира, и вскоре стали появляться работы, посвященные новой проблеме.

Постараюсь изложить в последовательном порядке результаты этих исследований.

Petren и Thorling сообщают о результатах своих наблюдений над ваго и симпатикотонией у 34 б-ных, из коих 19 страдали язвой желудка. Результаты исследований этих авторов отличаются от данных Е. и Н. Petren и Thorling нашли, что у одного и того же лица может встречаться и ваго и симпатикотония, что у т. н. ваготоников нет параллелизма в действии атропина и пилокарпина: последний действует на автономную систему и тогда, когда атропин вовсе не реагирует. Ваготония встречается чаще, чем симпатикотония.

В 1912 году появилась из клиники проф. Плетнева работа д-ра Бурштейна, исследовавшего по методике Е. и Н. 31-го больного с различными заболеваниями внутренних органов (7 туберкулезных, 4 случая хронического интерстициального нефрита, 2 случая катаральной желтухи, 1 случай Базедовой болезни, 1 случай Адиссоновой болезни и ряд других заболеваний).—Большинство этих больных оказалось ваготониками (24 из 31-го).

У 7 туберкулезных больных с явлениями ваготонии (понос, поты, низкое кровяное давление) пилокарпин давал во всех случаях положительную реакцию, атропин—в трех, а адреналин—в одном.

Схематическое построение Е. и Н. не безупречно: симпатикотония встречается и у здоровых, она констатирована и в случае бронхиальной астмы, для которой характерны ваготонические явления.

В последнем 6-м издании своего учебника, выпуска 1913 года, проф. Orpenheim, касаясь вопроса о ваготропной и симпатикотропной конституции, считает, что новая теория Е. и Н. внесла больше ясности в учение о невробах вегетативной системы.

В 1914 году появилась диссертация д-ра Н. А. Шерешевского, посвященная клиническим наблюдениям над ваготонией, где изложены результаты исследований 16 больных: из них у 2 обнаружено равновесие систем, у 1 симпатикотония, а в остальных случаях—ваготония различной интенсивности. В 2 случаях Адиссоновой болезни было резкое повышение тонуса автономной системы, что совпадает с данными Е. и Н.; в 2 случаях Базедовой болезни была повышена возбудимость обеих систем, б. м. вследствие поливалентности гормонов щито-

видной железы. Только в одном случае гипохилии, в сочетании с неврастением и легкой формой сахарного диабета, была ясно выраженная симпатикотония.

В том же году из нервной клиники проф. Минора вышла работа А. М. Гринштейна в которой собраны результаты его наблюдений над 10 больными со спинной сухоткой. Автор нашел, что при табесе встречаются случаи с чистой симпатикотонической и ваготонической реакцией, случаи с комбинированной реакцией и без всякой реакции.

Подобно другим авторам, он наблюдал часть реакций, характерных для ваго и симпатикотонии; он отмечал также при ваготонии отсутствие параллелизма между действием атропина и пилокарпина.

Из детской клиники проф. Корсакова вышла в 1916 году работа Молчанова и Лебедева по вопросу о ваго и симпатикотонии у scarlatinoзных больных. На основании 10 случаев авторы подтвердили в общем положения Е. и Н.; наличие повышения тонуса в одном отделе вегетативной системы исключает одновременное существование высокого тонуса в другом; те больные, которые сильно отвечали на пилокарпин, реагировали и на атропин. Из 10 больных scarlatinной детей, 8 принадлежало к ваготоникам, у 1 было равновесие систем, у 1 результат не выяснен. Кроме того, авторы наблюдали в своих случаях эозинофилию, характерную, по Е. и Н., для ваготонии. Несмотря на ваготонию, Молчанов и Лебедев констатировали у scarlatinoзных больных белый дермографизм, встречающийся обычно при повышении тонуса симпатической нервной системы.

В 1918 г. проф. Плетнев в своем клиническом очерке о сердечной слабости касается вопроса о ваго и симпатикотонии. Он указывает, что при сердечной слабости ясны бывают проявления и ваго и симпатикотонии, но что преобладает первая. Проф. Плетнев отмечает, что „редко встречается точное разделение двух этих категорий. У одного и того же субъекта чаще всего встречаются симптомы, часть которых укладывается в схему ваго—, часть симпатикотонии, с преобладанием какой либо из групп.

Таковы в общих чертах те данные, которые получены мною при изучении доступной мне литературы по затронутому вопросу.

Отсутствие единодушия во взглядах на т. н. ваго и симпатикотонию, разноречивые результаты, полученные отдельными авторами путем фармакологически-экспериментального метода, а также просьба хирургов познакомить их с современными способами исследования тонуса висцеральных систем, побудили меня коснуться этого интересного и сравнительно нового вопроса и произвести ряд фармакологических экспериментов на некоторых нервных и хирургических больных, находившихся на излечении в Вологодском военном госпитале.

Я сообщу результаты исследований на ваго и симпатикотонию у 12 пациентов, в числе которых было 5 нервно-больных (1 случай спорадического кретинизма, 1 случай неврозизма на почве двусторонней кастрации по поводу туберкулеза яичек, 1 случай сифилиса мозга и 2 случая функциональных заболеваний нервной системы—неврастения и травматического невроза) и 7 больных, с клиническим диагнозом язвы-желудка и 12—перстной кишки проверенных операций.

Методика эксперимента состояла в следующем: каждому больному вприскивался 1 грамм адреналина (Sol. Adrenalini Takamine 1:1000); затем собиралось суточное количество мочи и исследовалось на сахар.

День спустя применялось вприскивание однопроцентного раствора пилокарпина (Piloscarp hydrochlor 0,1, Aquae destill 10,0 D. S. для вприскивания).

Еще через день вводили под кожу 1 грамм 1:1000 раствора атропина (Sol. Atropini sulfurici 0,01 : 10,0 D. S. для вприскивания).

Перед вприскиванием каждого из этих средств и $\frac{1}{4}$ часа спустя после инъекции, у каждого из больных измерялось максимальное кровяное давление с помощью прибора Riva Rocci, сосчитывался пульс и дыхание. Кроме того, обращалось внимание на все явления вызванные вприскиванием: на душевное

состояние б-ных, на слюно-потоотделение и слезотечение, на диурез, на состояние сердечно-сосудистой системы и кишечника.

Других методов исследования я не применял по следующим соображениям:

1) реакция Cords'a, в случаях симпатикотонии вызывающая, по мнению некоторых авторов, расширение зрачка от впускания в глаз капель адреналина, встречается и у здоровых (по исследованиям Бурштейна, больше чем в 50% у 45 из 82);

2) симптом Aschner'a, состоящий в замедлении пульса и остановке дыхания под влиянием надавливания на глазные яблоки и характерный для ваготонии — не вызывался, т. к. причинил бы боль и неприятные ощущения;

3) симптом Hess'a и Königstein'a, состоящий в появлении гусиной кожи вместо красного дермографизма, по исследованиям Гринштейна, не характерен для состояния тонуса одной из систем;

4) феномен Hering'a, состоящий в ускорении пульса при вдыхании, по исследованиям того же автора, также не специфичен для какой-либо системы.

Таким образом, пришлось остановиться только на инъекционном экспериментально-фармакологическом методе, причем при впрыскивании адреналина внимание обращалось главным образом на гликозурию, кровяное давление и частоту пульса, а также на цвет кожи и степень кровенаполнения сосудов. При впрыскивании пилокарпина критерием реакции являлась степень слюно- и потоотделения, а также слезотечения и диуреза. При инъекции атропина исследовалась частота пульса и обращалось внимание на покашливание вследствие сухости слизистой оболочки горла. Что касается определения числа дыхательных движений, то, хотя оно и производилось, но значения для дифференциации тонуса висцеральных систем оно не имело, а потому и не вносилось в прилагаемые здесь таблицы.

Приведем теперь в самых кратких выдержках истории болезней наших пациентов, результаты же исследований, для большей наглядности, будут показаны на двух таблицах, при чем „+“ и „—“ обозначены положительные и отрицательные результаты реакции.

Таблица № 1.

Фамилия больного. № случая.	Клиническ. диагноз.		Пульс.		Давление.		Прочие явления после впрыскивания.
			До впрыск.	После впрыск.	До впрыск.	После впрыск.	
Б-ой К. 1.	Кретик- низм.	Адреналин . . .	56	56	100	125	Сахара нет.
		Пилокарпин . . .	60	52	110	105	Пота, слюног нет.
		Атропин . . .	62	55	100	100	—
Б-ой Ч. 2.	Неврозис. после кастрац.	Адреналин . . .	86	83	105	135	Сах.нет,побл.,стесн.вгруд.
		Пилокарпин . . .	84	76	105	110	Пота, слюног нет.
		Атропин . . .	88	68	100	105	—
Б-ой Б. 3.	Травмат. неврас.	Адреналин . . .	80	86	100	125	Сахара нет, побледнение
		Пилокарпин . . .	64	60	100	105	Пота, слюног. нет.
		Атропин . . .	88	60	100	100	—
Б-ой Л. 4.	Сифилис мозга.	Адреналин . . .	82	92	120	125	Сахара нет.
		Пилокарпин . . .	104	88	125	125	Пота, слюн нет зам. пульс
		Атропин . . .	80	100	125	120	—
Б-ой М. 5.	Невра- стения.	Адреналин . . .	80	84	100	105	Сахара нет.
		Пилокарпин . . .	84	74	115	115	Пота, слюног, нет.
		Атропин . . .	72	60	110	105	—
Б-ой К 6.	Язва желудка.	Адреналин . . .	80	72	130	180	Сахара нет.
		Пилокарпин . . .	80	96	135	130	Обил.слюно-пот.имоч.отд.
		Атропин . . .	74	80	125	130	Сухость во рту.
Б-ой Е. 7.	"	Адреналин . . .	84	84	120	150	Сахара нет.
		Пилокарпин . . .	92	88	115	105	Обильно слюна и пот.
		Атропин . . .	80	76	—	—	Небольш. сух. во рту.
Б-ой В. 8.	"	Адреналин . . .	80	88	100	120	Сахара нет.
		Пилокарпин . . .	82	76	95	95	Необильн. слюна и пот.
		Атропин . . .	88	100	100	100	Некот. сухость во рту.
Б-ой С. 9.	"	Адреналин . . .	76	88	115	130	Сахара нет.
		Пилокарпин . . .	78	80	100	100	Обильн. слюна и пот.
		Атропин . . .	76	80	105	105	—
Б-ой Е. 10.	Язва 12ти перстной кишки.	Адреналин . . .	82	86	115	125	Сахара нет.
		Пилокарпин . . .	84	84	115	115	Слюна и пот.
		Атропин . . .	80	98	110	115	—
Б-ой С. 11.	Язва жел.	Адреналин . . .	90	94	95	110	Сахара нет.
		Пилокарпин . . .	90	96	95	95	Слюна и пот.
		Атропин . . .	90	102	100	110	—
Б-ой С. 12.	"	Адреналин . . .	76	82	95	115	Сахара нет.
		Пилокарпин . . .	72	74	95	95	Слюна и пот.
		Атропин . . .	72	90	90	100	Сухость во рту.

Таблица № 2.

Фамилия больного. № случая.	Клиническ. диагноз.	Адреналин.			Пилокарпин.		Атропин.	Примечание.
		Пульс.	Давление	Сахар.	Слюна.	Пот.	Пульс.	
Б-ой К.	1. Крети- низм.	—	+	—	—	—	—	Приблизительное равновес. систем.
Б-ой Ч.	2. Невроз. после кастрац.	—	+	—	—	—	+	Нерезко выражен. симпатики вагот.
Б-ой Б.	3. Травмат. неврост.	—	+	—	—	—	—	Нерезко выражен. симпатикотония.
Б-ой Л.	4. Сифилис мозга.	+	—	—	—	—	+	Нерезко выражен- ная ваготония.
Б-ой М.	5. Неврост.	—	—	—	—	—	—	Отсутствие ре- акций.
Б-ой К.	6. Язва жел.	—	+	—	+	+	+	В а г о т о н и я.
Б-ой Е.	7. "	—	+	—	+	+	—	
Б-ой В.	8. "	—	+	—	+	+	+	
Б-ой С.	9. "	—	+	—	+	+	—	
Б-ой Е.	10. Язва 12-ти перстной кишки.	—	+	—	+	+	+	
Б-ой С.	11. Язва жел.	—	+	—	+	+	+	
Б-ой С.	12. "	—	+	—	+	+	+	

Истории болезней:

1) Б-ой К., 40 л. Диагноз—спорадический кретинизм. Болен с детства. Зоб. Маленький рост. Большая голова. Замедленный пульс—от 50—58 уд. в минуту. Сухость и бледность кожи. Толстый слой подкожной клетчатки (муцин). Бедная растительность. Инфантильная психика.

2) Б-ой Ч., 34 л. В июне 1921 года произведена двусторонняя кастрация по поводу туберкулеза яичек. Бледность. Расширение сердечной тупости. Учащенный пульс. Повышение пателлярных рефлексов. Дрожание головы. Раздражительность, мнительность.

3) Б-ой Б., 25 л. Диагноз—травматический невроз (истерическая форма). Контужен в 1920 г. Бледность кожи. Дрожательные движения головы. Отсутствие глоточного рефлекса, повышение коленных. Внушаемость.

4) Б-ой Л., 20 л. Диагноз—сифилис мозга. Афазия Броуса с легким правосторонним гемипарезом. Первичная язва в 1919 г. Вассерман++++. Лексикон: „да“, „нет“, „не могу“. Все понимает.

5) Б-ой М., 29 л. Диагноз—неврастения в легкой степени. Повышенные коленные рефлексы, не резкий красный дермографизм. Жалобы на головную боль.

6) Б-ой К., 39 л. Диагноз—язва желудка. Болен 2 года; боли под ложечкой, отдающие в спину; изредка рвота. Общая кислотность—40, своб. соляной кислоты—26, связ.—14. Симптом Манделя положительный. Напряжение верхнего квадранта левой прямой мышцы. Точка Боаса—слева у 11-го грудного позвонка. При операции—язва в пилорической части желудка.

7) Б-ой Е., 31 г. Болен два года. Боль под ложечкой после твердой пищи. Частая рвота, несколько раз с кровью. При операции язва привратника.

8) Б-ой В., 47 л. Диагноз—язва желудка. Частая рвота с кровью. Симптом анделя слабо выражен. Напряжение верхнего квадранта правой прямой мышцы. Точка Боаса—слева у 12-го грудного позвонка.—При операции язва мал. кривизны.

9) Б-ой С., 23 л. Диагноз—язва желудка. Боль через $\frac{1}{2}$ часа после еды. Рвота с кровью. Симптом Манделя положительный. Болезненность верхнего квадранта левой прямой мышцы. Точка Боаса—слева у 11-го позвонка. При операции—язва задней стенки пилорической части, величиною с гривенник.

10) Б-ой Б., 48 л. Болен 2 года. Боль под ложечкой тотчас же после еды. Изредка рвота. Общая кислотность: 101. Небольшая болезненность при перкуссии в подложечной области и в верхних квадрантах обеих прямых мышц. Точка Боаса—с обеих сторон у 12-го грудного и 1-го поясничного позвонка. При операции—язва 12-ти перстной кишки у привратника.

11) Б-ой С., 47 л. Болен лет 7. Частая рвота после еды, месяц тому назад—рвота с кровью. При операции—язва малой кривизны.

12) Б-ой С., 23 л. Болен лет 5. Боли после плотной пищи, один раз рвота с кровью. Симптом Манделя положительный. Напряжение верхнего квадранта левой прямой мышцы. Дегтеобразный стул. Общая кислотность—85. При операции—язва малой кривизны величиною с 3-х копеечную монету.

Как видно из приложенных таблиц, после впрыскивания адреналина, ни в одном случае не наблюдалось гликозурии. У всех больных, за исключением №№ 4 и 5, было констатировано повышение кровяного давления. Особенно резко адреналин подействовал на второго и третьего больного—в обоих случаях получилось значительное побледнение лица и ощущение холода; в случае № 2 было неприятное чувство стеснения в груди и внутренней дрожи. Такое состояние длилось несколько часов, оставив после себя депрессию, длившуюся около суток. В случае № 3, кроме резкой бледности кожных покровов и слизистых оболочек, продолжавшейся часа два, других сопутствующих явлений не отмечалось.

Что касается пилоркарпина, то впрыскивание его в первых пяти случаях не вызвало никакой реакции, во всех остальных семи случаях, с диагнозом язвы желудка и двенадцатиперстной кишки реакция получилась положительная: больные реагировали сильным слюнотечением и потоотделением, а в случае № 6

отмечалось слезотечение и учащение мочеиспускания. Обращает на себя внимание замедление пульса под влиянием пилокарпина в случаях 1, 2, 4, 5.

На атропин, как видно из таблиц, случаи 4, 6, 8, 10, 11 и 12 реагировали учащением пульса и отчасти сухостью во рту, в случае № 2 отмечалось замедление пульса.

Обратимся теперь к таблице № 2, где сопоставлены положительные и отрицательные результаты, полученные в сфере действия того или иного средства, и указан характер тонуса в каждом случае.

Если придерживаться, согласно учения Е. и Н., деления больных на ваго- и симпатикотоников, и если неперменным условием для признания человека симпатикотоником считать, в ответ на впрыскивание адреналина, появление сахара в моче, то ни один из наших больных, не подходит под категорию симпатикотоников, ибо во всех случаях была положительна лишь часть реакций на адреналин.

Случай № 2 (с последствиями кастрации) и № 3 (травматического невроза), где, кроме повышения кровяного давления, были констатированы и другие признаки, характерные для симпатикотонии как спазм периферических сосудов, дрожь, с известным ограничением могут быть причислены к случаям нерезкой или низкой симпатикотонии.

Итак, разбирая каждый случай в отдельности, мы отмечаем следующее:

Случай № 1 с диагнозом спорадического кретинизма с микседематозными явлениями, где микроскопическое исследование вылущенной части зоба обнаружило коллоидное перерождение щитовидной железы, и где мы находили лишь повышение кровяного давления под влиянием адреналина, не характерен согласно учения Е. и Н., ни для симпатико ни для ваготонии.

В случае № 2 мы видим комбинацию нерезко выраженной ваго- и симпатикотонии (положительная реакция на атропин и адреналин).

В случае № 3 мы имеем образец нерезко выраженной симпатикотонии.

В случае № 4 (сифилис мозга) имеются диссоциированные явления с характером низкой ваготонии.

В случае № 5 с диагнозом неврастения мы имеем полное отсутствие реакции на введенные вещества.

В остальных 7 случаях преобладают явления ваготонии, причем в 6, 8, 9, 10, 11 и 12 случаях последняя выражена довольно резко, ибо нет диссоциации в действии пилокарпина и атропина. В шести случаях имела место язва желудка, в одном—язва двенадцатиперстной кишки. Во всех этих семи случаях мы имеем ясно выраженную реакцию на впрыскивание пилокарпина и атропина (реакция на последний отсутствовала в случаях 7 и 9), но и здесь можно констатировать повышение кровяного давления, как проявление реакции организма на адреналин, без гликозурии и других сопутствующих явлений, характерных для симпатикотонии. Поэтому, в семи последних случаях можно говорить о ваготонии.

Таким образом, на основании, правда, немногочисленных, опытов, можно подтвердить наблюдавшийся и другими исследователями факт, начиная с Е. и Н.—творцов нового учения, что существует взаимоотношение между типом тонуса и болезненным процессом, что ваготония наблюдается в случаях язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Но чтобы окончательно установить или отвергнуть эту взаимную связь необходимо экспериментировать на более значительном количестве однородных больных с точно установленным диагнозом болезни.

По Е. и Н., тонус определенного отдела висцеральной нервной системы создает известное предрасположение к определенной группе болезней, так напр. ваготония предрасполагает к заболеванию язвой желудка. По сколько эти факты оправдаются, покажут в будущем результаты большого числа опытов. Но в стремлении авторов подойти ближе к вопросу о диатезах или болезненных конституциях заключается не малая научная заслуга Е. и Н.

Мы можем, на основании наших, пока еще немногочисленных наблюдений, вывести заключение, что подразделение больных на ваго- и симпатикотоников,

как это делали. Eppinger и Hess и что подтверждалось целым рядом других авторов, в том числе Молчановым и Лебедевым, вряд ли можно считать вполне безупречным. Помимо чистых случаев ваго—и симпатикотонии, мы встречаем и случай комбинированной реакции (№ 2) и случаи диссоциации действия автономных ядов, как напр. №№ 7 и 9, где пилокарпин вызывает ясную реакцию, а атропин не действует. Такие же явления наблюдались Petren'ом и Thorling'ом, М. А. Бурштейном, проф. А. М. Гринштейном и другими.

Трудно в настоящее время дать объяснение этим явлениям, стоящим до известной степени в противоречии с первоначальным учением Е. и Н., по которому наличность ваготонии исключает симпатикотонию и наоборот—учению, по которому в действии автономных ядов отмечается параллелизм.

Существование т. н. комбинированных реакций Petren и Thorling объясняют повышенной возбудимостью обеих систем—системы блуждающего и симпатического нервов.

Другие авторы, как напр. А. М. Гринштейн, полагают, что подразделение висцеральной нервной системы на два отдела на основании фармакологического принципа не отвечает анатомо-физиологическим данным. Они указывают напр. на следующий общеизвестный факт: в то время, как в сфере кожной иннервации пилomotоры и сосудо-двигатели, относящиеся к симпатической нервной системе, возбуждаются симпатикотропным ядом-адреналином, секреторные нервы потовых желез, относящиеся к той же анатомо-топографической группе, возбуждаются лишь ваготропными субстанциями—пилокарпином. Далее, А. М. Гринштейн указывает, что, помимо адреналина и пилокарпина, существует ряд средств, действующих также на висцеральную систему, но на другие отрезки последней, как напр. эрготоксин, питуитрин. Т. о., при попытке делить вегетативную систему по реакции, вызываемой этими новыми средствами, получатся новые сочетания. Что касается отсутствия параллелизма в действии автономных средств, то его автор видит в легкой возбудимости и истощаемости различных отделов висцеральной системы. Такое сочетание повышенной раздражительности и быстрой истощаемости мы встречаем в патологии нервной системы (в психической сфере у неврастеников, в мышечной сфере при тетании).

Таким образом, мы видим, что вопрос о сущности ваго—и симпатикотонии является еще открытым, что требуются дальнейшие исследования на обширном материале.

Учение Eppinger'a и Hess'a чересчур, быть может, схематично. „Очевидно, что жизненные комбинации“, пишет проф. Плетнев, „сложнее, чем пока это разрешается диагностическими и фармакологическими агентами“.

Но нельзя не указать на научное значение этих методов в деле изучения индивидуальных условий воздействия лекарств и постижения индивидуальности больного вообще. Это учение дало нам возможность подойти ближе к так называемым неврозам висцеральной нервной системы, к заболеваниям эндокринных желез, к явлениям климактеризма; оно даст нам также возможность несколько ближе подойти к изучению функциональных особенностей различных органов, дополняя этим патолого-анатомические методы.

В заключение считаю своим приятным долгом принести глубокую благодарность многоуважаемому Артуру Вильямовичу Грегори за разрешение воспользоваться соответствующим клиническим материалом заведомого им хирургического отделения.

Л и т е р а т у р а .

- В. С. Барабшкий.* Анатомия и топография шейного отдела симпатической системы и операции на шее при Базедовой, болезни и эпилепсии. Диссерт. 1903.
- E. Yilliger.* Периферическая иннервация. Москва 1917.
- Meyer und Gottlieb.* Экспериментальная фармакология. Петроград 1913.
- H. Oppenheim.* Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1913.
- Eppinger und Hess.* Die Vagotonie. v. Noordens Sammlund klin. Abhandl. ueber Pathologie und Therapie. Berlin 1910.
- Petren u. Thorling.* Untersuch. ueber d. Vorkommen Vagotonus und Sympatikotonus. Ztschr. f. kl. Medicin 1911.
- М. А. Буриштейн.* Клинические наблюдения над ваго—и симпатикотонией. Мед. Обзор. 1912 № 10.
- А. М. Гринштейн.* К вопросу о ваго—и симпатикотонии при tabes'e. Журнал невроп. и псих. им. С. С. Корсакова 1914 кн. 4.
- В. И. Молчанов и Д. Д. Лебедев.* Ваго—и симпатикотония при скарлатине у детей. Русский Врач 1916 № 20.
- Проф. Д. Д. Плетнев.* Сердечная слабость. Москва 1918.
- Н. А. Шерешевский.* Клинич. наблюд. над ваготонией. Дисс. 1914 Москва.
- Cords.* Die Adrenalinmydriasis und ihre diagnostische Bedeutung ref. Deutsche med. W. 1911.
- Проф. В. А. Оппель.* Статистическая заметка о круглой язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Врачебный Вестник 1911 № 1.
-

Обозрение текущей медицинской литературы.

Хирургия.

В. Н. Шамов. О переливании крови.

Новый Хирург. Архив 1921. кн. I-я.

Переливание крови, как метод лечения, много раз то применялся, то оставался без употребления. За последнее время он опять стал применяться, особенно в Америке. Новую эру в этом отношении открыл американский хирург George Crile, выпустивший в 1909 г. монографию, в которой содержится не только экспериментальная разработка метода, но и обширный клинический материал. С этих пор метод стал применяться в Англии, Франции, изредка в Германии. Заслуга Cril'я в том, что он выяснил причины осложнений при применении метода (коллапса, эмболии, гемоглобинурии). Оказалось, что не каждому можно переливать любую кровь: очень часто кровь одного человека агглютинирует и даже гемолизует кровь другого. Это обстоятельство и было причиной осложнений в прежнее время.

Живет и функционирует перелитая кровь только в случае, если она не гемолизует крови, в которую перелита. Излишне говорить, что переливаемая кровь не должна содержать каких-либо микробов. Crile рекомендует переливать кровь непосредственно из артерии одного в вену другого. Сначала для соединения сосудов применялся артериально-венозный шов, затем стали применять специально предложенную для этого канюлю. Такой способ зовется прямым.

Непрямой способ переливания состоит в том, что кровь собирается сначала в парафинизированный сосуд, и из него уже переливается. Парафинизированные сосуды могут быть заменены простыми, тогда требуется только прибавлять к крови несколько лимонно-кислого натрия, задерживающего свертывание. Переливается в среднем около 70 cc. у детей, 400—1000 cc. у взрослых. Количество зависит от веса тела и цели вливания.

Автор сообщает из своей практики 3 случая переливания крови. 1 случай—у мальчика 11 лет, ослабленного кровотечениями из опухоли основания черепа влито перед операцией 100 cc. 2-й случай—у больной с фибромиомой матки крайне ослабленной кровотечениями, операция стала возможна только после переливания. 3-й случай—у больной после иссечения обширной опухоли тазовой кости после операции в виду появления шока.

Показаниями к переливанию крови служат: острая кровопотери, хроническое малокровие вследствие повторных кровопотерь; отравления светильным газом и окисью углерода; при кровотечениях при гемофилии и purpura haemorrhagica. В последних 2-х случаях переливание даже небольшого количества крови быстро останавливает кровотечение, не поддававшееся до этого никаким другим способам кровоостанавливания.

П. Мокровский.

А. В. Мельников. Хирургические доступы через нижний край грудной клетки к органам поддиафрагмального пространства.

Новый Хирург. Архив 1921. кн. I-я.

На основании изучения 187 трупов определяются нижняя границы sinus costo-diaphragmatici. С этой точки зрения рассматриваются 1) операции через плевру в области реберно-диафрагмального синуса, 2) лапаротомия с резекцией реберной дуги ниже границ синуса, 3) внеплевральные и внебрюшинные доступы через край грудной клетки, 4) торако-лапоротомия.

П. Мокровский.

В. И. Добротворский. Carcinoma papillae duodenalis.

Новый Хирург. Архив 1921. кн. 1-я.

Заболевание это крайне редкое. Всего оперировано около 20 случаев. В русской литературе сообщаемый случай является первым. Течение заболевания отличается медленностью и сравнительной доброкачественностью; сопровождается оно растяжением желчного пузыря, большею частью постоянной желтухой и отсутствием задержки выделения сока поджелудочной железы. Диагностика очень трудна, даже лапаротомия дает мало данных для диагноза.

Сообщается оперированный автором случай. Оперирован в 2 момента. 1-й момент—поперечным разрезом Кохера через правое подреберье вошли в брюшную полость. Опухоль величиной с миндаль удалось нащупать только после мобилизации по Кохеру верхнего угла 12 перстной кишки. После этого была вскрыта кишка по передней стенке. После точного выяснения места и характера опухоли иссечение ее отложено до другого момента в виду тяжелого холемического состояния больного. На этот раз для уменьшения этого состояния произведен gastrocholecystostomia. Брюшная рана зашита наглухо. Через 2 месяца 2-ой момент операции. После мобилизации вертикальной части 12 перстной кишки, она была вскрыта по старому рубцу. Опухоль вместе с частью протока, проходящей через толщу задней стенки кишки иссечена, края расширенного общего желчного протока были соединены швами с краями разреза стенки 12 перстной кишки. Весь разрез на передней стенке кишки зашит в поперечном направлении. Для защиты места вшитого протока от раздражения пищевыми массами произведена задняя гастро-энтеростомия.

Опухоль оказалась аденокарциномой. Больной совершенно поправился.

П. Мокровский.

А. С. Максимович. К патологии дивертикула Meckel'я. (Случай грыжи Littre).

Новый Хирург. Архив 1921. кн. 1-я.

Дивертикул Meckel'я дает двоякого рода осложнения: или внутрибрюшные ущемления, или попадание в грыжевой мешок; в последнем случае образуется так наз. грыжа Littre. Автор настаивает, что грыжу Littre следует строго отличать от грыжи Richter'a при которой в грыжевой мешок попадает часть кишечной стенки, при оттягивании образующей подобие дивертикула. Автор сообщает встретившийся ему случай бедренной грыжи, содержавшей в мешке припаянный Мекелиев дивертикул. В анамнезе сообщается ущемление этой грыжи с образованием калового свища, самопроизвольно закрывшегося. В этом случае было произведено грыжесечение с иссечением дивертикула. Характерным признаком ущемления грыжи Littre является отсутствие шока и явлений кишечной непроходимости. Самоизлечение каловых свищей при грыже Littre явление нередкое, особенно при феморальных грыжах.

П. Мокровский.

В. А. Гораш. Метастатический гематогенный абсцесс почки.

Новый Хирург. Архив 1921. кн. 1-я.

Вышеназванные абсцессы локализуются преимущественно в задне-верхнем или задне-нижнем квадранте почки, в корковом слое. Абсцессы эти редко распознаются своевременно; чаще они распознаются при последующих явлениях—пара-и пиелонефрите. Количество распознанных абсцессов и опубликованных в литературе немного больше 20. Своевременное их распознавание и хирургическое лечение дает возможность ограничиться нефротомией, предупредив нефрэктомия, или развитие сепсиса. Клиническая картина заболевания не весьма характерна. Острое начало с потрясающим знобом и резкой болью на стороне пораженной почки; нередко рвота, испарина, общая слабость, доходящая до протра-

ции—вот и все данные для диагноза. В моче каких-либо патологических уклонений, в виду ограниченности процесса, чаще не бывает. Данные анамнеза укажут на предшествующий гнойный процесс. Автор сообщает случай оперированного им абсцесса, развившегося после карбункула шеи. Величина абсцесса 4×6 ст. В моче уклонений не было. Произведено вскрытие абсцесса. Больной выздоровел.

П. Мокровский.

Б. В. Пунин. К вопросу о лечении самопроизвольных гангрен.

Нов. Хир. Арх. 1921. Кн. 1-я.

Сообщаются 2 случая самопроизвольной гангрены стопы. В одном случае этиологическим фактором было чрезмерное курение, во 2-м отравление удушливыми газами. В том и другом случае дело кончилось ампутацией голени. Предварительно же применялась перевязка подколенной вены. В одном случае эта перевязка повлекла за собой прогрессирование гангрены, в другом перевязка эта, не принесла вреда, не принесла и пользы. В заключении автор высказывается в разных стадиях болезни за применение иодотерапии совместно с термотерапией; в поздних стадиях он признает терапию „пока безсильной“.

П. Мокровский.

А. В. Смирнов. О лечении переломов диафиза бедра вытяжением.

Нов. Хир. Арх. 1921. Кн. 1-я.

Подводятся итоги опыта мировой войны в вопросе о лечении переломов вообще и в частности переломов диафиза бедра. В начале войны автор переломы бедра лечил гипсовой повязкой, комбинируя ее с вытяжением пластырем, накладываемым на всем протяжении бедра и голени под гипсом. Затем он отказался от этого метода и стал пользоваться методами Bardenheuer'a и Steinmann'a. Вытяжение по Bardenheuer,у в полусогнутом положении сустава при переломах бедра не требует больших нагрузок. Все недостатки способа Bardenheuer'a, обусловленные раздражением кожи пластырем отсутствуют при вытяжении гвоздем.

Резюмируя статью, автор относительно способа Steinmann'a высказывается, что способ этот „без сомнения приводит к конечной цели легче и скорее, чем другие способы“.

П. Мокровский.

Н. Ф. Никулин. К вопросу о лечении брюшной водянки на почве цирроза печени. (2 случая операции Ruotte'a).

Нов. Хир. Арх. 1921. Кн. 1-я.

Операция Ruotte'a основана на принципе дренажа, содействующего оттоку асцитической жидкости из брюшной полости в большую подкожную вену бедра. Автором операция производилась так: отсекается большая подкожная вена бедра в верхнем своем конце на участке cm в 10 длины; все ветви ее здесь перевязываются. Нижний конец вены на этом участке перевязывается и пересекается. В стенках живота делается отверстие над Пупартовой связкой и через него края пристеночной брюшины сшиваются с просветом отброшенного кверху и притянутого участка упомянутой выше вены. Таким образом отверстие это зияет в полость живота. Автором эта операция произведена у 2-х больных. В одном случае операция произведена на одной стороне, в другом на обеих. Результат в обоих случаях положительный. Предварительно перед этой операцией производится лапаротомия, частью для опорожнения живота, частью с диагностической целью, не произошел ли асцит от какой-либо злокачественной опухоли.

В общем успех от этой операции по литературным данным равен 50%. Различные авторы вшивание вены производят по разному: Радзиевский проводит

вену через бедренный канал, другие авторы во избежание натяжения вены вшивают ее в других местах под Пупартовой связкой. Есть случаи, где благоприятный результат операции наблюдался через 1½ года после ее производства.

П. Мокровский.

И. Н. Тагер. Современное учение о круглой язве 12-ти перстной кишки.

Медицинский журнал (Вятский) 1921 № 9-10.

Благодаря лучшему распознаванию язвы 12 перстной кишки, заболевание это стало встречаться чаще и чаще. Братья Майо стали встречать язву 12 перстной кишки в 3 раза чаще язвы желудка. Мужчины заболевают чаще раз в 7 чем женщины. Относительно этиологии заболевания существуют 2 теории: инфекционная и спазмогенная. По первой теории—в сосуды 12 перстной кишки заносится инфицированный эмбол при аппендиците, или другом заболевании и вызывает местный деструктивный процесс; по второй теории при повышенной ваготонии происходит спазм muscularis кишки и спазм ее сосудов; от получившейся ишемии всякая язвочка приобретает прогрессирующее течение. Характерными признаками язвы 12 перстной кишки служат: болезнь тянется годами, проявляется периодически; боли наступают поздно, спустя 2—4 и больше часов после принятия пищи, чаще ночью; боли появляются при значительно опорожненном или даже пустом желудке, успокаиваются при новом приеме пищи, а также после приема щелочи. При ощупывании болезненность по правой парастеральной линии, ригидность прямой мышцы живота, болезненный дорзальной пункт справа. От болей при холецистите боли при язве кишки отличаются тем, что 1-ые боли усиливаются при малейшем давлении на подложечную область, вторые же наоборот значительно уменьшаются. Лечение в свежих случаях возможно в виде однократной попытки типичного *ulcus-cur*, все же в настоящее время лечение должно быть чаще хирургическое. Общепринятым в настоящее время способом считается *gastroenterostomia*, к которой в случае отсутствия значительного сужения *duodeni* присоединяется закрытие тем или другим путем *pylorus'a*.

П. Мокровский.

Э. Р. Гессе и В. А. Шаан. Анатомо-физиологическая оценка операции сафенобедренного анастомоза при варикозных расширениях вен нижних конечностей в освещении отдаленных результатов на основании 115 собственных наблюдений:

Нов. Хир., Арх. 1921. Кн. 1-я и 2-я.

Обширная работа (около 100 страниц)—плод 10-летней практики авторов распадается на 2 части: в 1-й имеется анатомо-физиологическая обработка вопроса в связи с патологической анатомией венного сосудистого шва при варикозных расширениях, во 2-й части—обработка всего клинического материала авторов и всех вообще опубликованных (63) случаев других авторов операций сафено-бедренного анастомоза. Сафено-бедренный анастомоз является методом вполне обоснованным с анатомической и физиологической точек зрения. Как физиологический метод, операция эта при строго-поставленных показаниях применима для известной группы варикозных расширений. Анастомоз показан в ранней стадии расширений *v. saph. m.* с недостаточностью венных заслонок,—особенно при так наз. ветвистой форме. Анастомоз противопоказан у слабых и старых людей и больных серьезными болезнями, при которых продолжительное оперативное вмешательство и общий наркоз нежелательны. Далее при расширениях, лежащих не в области большой подкожной вены ноги и при заболеваниях лишь нижнего сегмента ствола сафены, или при поражении только одних веток сафены. Противопоказан также в случаях расширения вен не заслоночного происхождения, при наличии воспалительных явлений в венах и лимфатических сосудах, при склерозе глубоких и поверхностных вен. Большая осторожность при постановке показаний требуется при язвенных формах расширения и при двустороннем поражении вен.

Непосредственный операционный результат в функциональном отношении почти во всех случаях вполне удовлетворительный. На основании тщательных повторных исследований 39 больных (до 8 лет после операции) оказывается, что отдаленный результат в 61,7% всех случаев хороший. В 38,3% отмечен рецидив. 60% всех неудач относятся к двусторонним расширениям вен. 73,3% всех неудач относятся к язвенной форме варикозных расширений.

П. Мокровский.

В. В. Москаленко. Опыт выработки рациональных доступов в крестцовой области

Нов. Хир. Арх. 1921. Кн. 2-я.

В работе на основании исследования 102 препаратов определяются различные типы крестца и устанавливается, при каком типе более пригоден тот или иной из существующих крестцовых методов для оперирования на тазовых органах.

П. Мокровский.

Н. Минули. О закрытых повреждениях поджелудочной железы.

Нов. Хир. Арх. 1921. Кн. 2-я.

Закрытые повреждения поджелудочной железы встречаются очень редко. Диагностика их крайне затруднительна. Хирургу приходится приступать к операции на основании общих признаков повреждения какого-либо органа в брюшной полости. Автор сообщает 2 своих случая повреждения поджелуд. железы. 1 случай изолированного повреждения подж. железы и 1 случай комбинированного повреждения с повреждением печени. 1-й случай окончился летально; 2-й выздоровлением. В 1-м случае применена тампонада поврежденного участка поджелудочной железы. 2-й случай третировался в начале, как повреждение печени. Были наложены швы на печень. В последующем течении, по характеру отделяемого через свищ и по факту закрытия свища вскоре после назначения противодиабетической диеты по Wolgemuth, у пришлось сделать заключение о существовавшем кроме повреждения печени еще повреждении поджелудочной железы.

П. Мокровский.

Б. В. Пунин. Шов или перевязка артерий при операции аневризм крупных сосудов и при ранениях их?

Нов. Хир. Арх. 1921. Кн. 2-я.

Вопрос о предпочтительности шва или лигатуры горячо дебатируется как в русской так и заграничной печати. К сожалению недоступность последней не дает возможности ближе ознакомиться с направлением, куда идет мысль в этом вопросе. Повидимому, судя по немецкой печати, шов применяется весьма широко и применяется не только в незараженных случаях, но и в инфицированных.

На основании разбора 1448 случаев из литературы, причем перевязка применена в 1093 случая, а шов в 154 сл. автор приходит к заключению, что шов в настоящее время не представляет никакого преимущества перед лигатурой. Как постепенно падает число неудач при шве, точно также постепенно уменьшается число неудач и при перевязке в зависимости от техники оперирования.

П. Мокровский.

Я. М. Брускин. Огнестрельные ранения кровеносных сосудов в последних войнах.

Нов. Хир. Арх. 1921. Кн. 2-я.

Материал автора обнимает 48 случаев. На основании этого материала и литературных данных автор приходит к выводу, что огнестрельные ранения сосудов наносятся преимущественно малокалиберной винтовочной пулей. При ди-

агностику аневризму возможно смешать с абсцессами или флегмонами. Безусловными показаниями к операции ложных аневризм являются: большая величина и сильное напряжение гематомы, влекущие за собой сдавление окольных путей и резкие расстройства питания конечности, заражение аневризмы и прогрессирующий рост ее. Относительными показаниями к операции являются сдавление окололежащих органов, нервов, сосудов, а также последствия этого сдавления. В чистых случаях следует оперировать только после полного развития и восстановления окольного кровообращения. Из способов с перевязкой сосудов наилучшим является внутримешковый способ, щадящий коллатерали. Сосудистый шов и пересадка сосудов допустимы только при абсолютном отсутствии инфекции. В случае инфекции гематомы и ложных аневризм перевязка является единственно допустимым способом. При необходимости оперировать молодые аневризмы, где еще не успело развиться коллатеральное кровообращение следует прибегнуть к сосудистому шву. В случаях сформированных ложных аневризм, $1\frac{1}{3}$ месяца после ранения с развитым коллатеральным кровообращением весьма ценным способом, не уступающим по своим результатам сосудистому шву, является внутримешковая перевязка сосудов. При ложных аневризмах крупных артерий (подключичной, сонной и др.) где проба на гиперемию невозможна, следует при малейшей возможности прибегать к сосудистому шву. *П. Мокровский.*

Прив.-доц. Н. В. Шварц. К казуистике сквозных колото-резаных ран сердца.

Нов. Хир. Арх. 1921. Кн. 2-я.

Ранение было нанесено кинжалом в 4-м межреберьи пальца на $1\frac{1}{2}$ снаружи от левого края грудины. Через $1\frac{1}{3}$ —2 часа после ранения операция. Кожно-мышечно-костный лоскут имел вид треугольника: вершина его у левого края грудины, верхняя сторона от края грудины по 3-му левому межреберью, нижняя вдоль 5-го ребра, наружная соединяла оба эти разреза на палец кнутри от соска. Пилой Гигля перепилены 3, 4 и 5 ребра. Полость плевры широко вскрыта. В ней оказалось много крови. Рана сердца была пальца на 3 выше верхушки сердца на передней стенке правого желудочка, длиной в $1\frac{1}{2}$ см; на задней стенке правого желудочка длина раны была 1 см. Раны зашиты шелком. Доступ к сердцу оказался вполне достаточным. Течение послеоперационное без осложнений. Больной выздоровел. Автор высказывается за глухой шов и на сердечную сорочку и на плевру.

• *П. Мокровский.*

А. М. Заблудовский. О тифозных хондритах.

Нов. Хир. Арх. 1921. Кн. 2-я.

Поражение реберных хрящей при сыпном и возвратном тифе нередко. Авторами прослежено стационарно и оперировано 16 случаев. Вообще же поражение подобного рода бывает также при брюшном тифе и других инфекционных болезнях. Процесс обычно развивается в поздних стадиях болезни. Иногда дело кончается перихондритом, иногда же процесс переходит на самый хрящ. Сначала появляется болезненная припухлость, очень медленно в течение многих недель размягчающаяся и переходящая в гнойник, дающий иногда на многие годы свищ. Суб'ективно больным отмечаются очень тягостные боли при дыхании. Лечение, ограничивающееся выскабливанием или обычным иссечением пораженного участка остается большею частью безрезультатным, так как несмотря на это лечение в хряще образуются все далее и далее идущие некротические участки. Процесс заканчивается только исчезновением всего хряща. На это требуются иногда годы. Лечение должно заключаться или в полном иссечении всего хряща или же в закрытии оставленного здорового участка хряща широким лоскутом мягких тканей, чтобы избежать соприкосновения обнаженной поверхности хряща с тампоном. Нередко при иссечении хряща ранится плевра, что влечет за собой последующую плевропневмонию и т. д. *П. Мокровский.*

С. Е. Соколов. Птоз тонких кишек и артерио-мезентериальная непроходимость 12-перстной кишки.

Нов. Хар. Арх. 1921. Кн. 2-я.

Непроходимость 12-перстной кишки обуславливается иногда придавливанием ниже-горизонтального отдела ее к позвоночнику верхнебрыжеечной артерией. Заболевание это имеет обширную литературу на Западе, в России же оно мало известно, вследствие трудности диагностировать его не только прижизненно, но даже и на секционном столе. Заболевание это описано еще Рокитанским в 1842 г. Заболевание начинается внезапно в виде тяжелого колющего и общей картины ileus'a с неукротимой рвотой. Оно обуславливается оттягиванием брыжейки тонких кишек вследствие западения их в малый таз, что бывает при энтероптозе, при спайках тонких кишек с органами малого таза и т. п. Ослабление желудка способствует развитию этой непроходимости, так как здоровый желудок может победить ее. Заболевание это вследствие обуславливаемого им голодания и шока неминуемо ведет к смерти. Непроходимость эта устраняется положением больного на животе с приподнятым тазом, коленно локтевым положением или же положением Trendelenburg'a. Положения этого рода кроме лечебной стороны могут иметь и диагностическое значение. За последнее время в американской печати намечается картина хронической непроходимости этого рода. Сообщается случай острой непроходимости 12-перстной кишки, наблюдавшийся автором. В этом случае непроходимость была вызвана с одной стороны фиксацией нижнего горизонтального отдела 12-перстной кишки с язвой желудка, с другой же сдавлением кишки корнем натянутой книзу брыжейки тонких кишек вследствие опущения последних в малый таз. Была произведена gastroenterostomia retrocolica post. Случай окончился летально. *П. Мокровский.*

Проф. Д. П. Кузнецкий. О грыжевом аппендиците.

Нов. Хир. Арх. 1921. Кн. 2-я.

Сообщается случай грыжевого аппендицита. Приводится статистика этого заболевания. На основании статистики автор рекомендует в случаях, где в отрывке имеются изменения, угрожающие брюшной полости, все внимание направить на аппендицит, радикальное же лечение грыжи отложить до тех пор, когда стихнут воспалительные явления в грыжевом мешке.

П. Мокровский.

С. А. Якобсон. К вопросу о врожденных эпителиальных кистах шеи.

Рус. Хир. Арх. 1921. Кн. 2-я.

Сообщается оперированный автором случай врожденной эпителиальной боковой кисты шеи. В анамнезе этого случая отмечается превращение кисты в свищ, затем обратное превращение свища в кисту, постепенно в течение десяти лет увеличивавшуюся до размеров головы новорожденного ребенка.

П. Мокровский.

Обзор деятельности хирургического отделения мужской Обуховской больницы за 1912-1919 г.г.

В. П. Мануилова.

(Из хирургического отделения Мужской Обуховской больницы. Заведующий проф. И. И. Греков).

Юбилейный Сборник И. И. Грекова 1921 г.

Число больных до 1913 года растет, достигая цифры 29.155, резко падает в 1916 г. и постепенно уклоняется книзу к концу 1919 года; с 1 января по 1 декабря 1919 г. больных 12.929. Количество больных хирургического отделения

с 1912 года уменьшилось приблизительно в 4 раза (11.052 в 1912 г. и 2.920 в 1919 г.). Процент смертности среди больных больницы резко повышается в 1915 году, достигая в 1919 г. небывалой цифры в 15,4% т. е. увеличивается в 2 раза; в хирургическом отделении эти цифры также растут, достигая к 1919 г. 13% т. е. смертность увеличилась в три раза по сравнению с дореволюционным временем.

Отчетный период связан со вступлением в отделение в качестве заведующего И. И. Грекова. Отмечается частое производство резекций желудка при злокачественных новообразованиях его вместо паллиативных операций, производимых ранее. Наоборот при колоторезанных ранах грудной клетки, почек проводится консервативное лечение; широко резецируются суставы, восстанавливаются пластически дефекты костей, применяется с успехом фасция для сшивания костей, сухожилий, крестообразных связок, разрабатываются вопросы общехирургической патологии и терапии: как то лечение хирургического туберкулеза (Иод, кварцевая лампа, рентгенотерапия), сепсиса (иодипин, азотно кислое серебро, виноградный сахар). Широко применяется операция Ольби при туберкулезном спондилите. Много внимания было уделено сращению переломов бедра и голени, лечению псевдоартрозов; разработан сосудистый шов на большом клиническом материале.

Как наркоз нашел большое применение гедонал (408 больших операций), широко применялось спинно-мозговое обезболивание тропаккаином (861), эфирно-масляный наркоз применен около 100 раз. Целый ряд научных работ посвящен изучению газовой гангрены и газовой флегмоны, аневризм, развитию окольного кровообращения. Разработаны вопросы черепно-мозговой хирургии, пластики черепа, лица, восстановления дыхательного горла, пищевода, хирургии сердца (50 случаев), хирургии позвоночника (операции Ольби, Ферстера, ламинектомия по поводу острого гнойного спондилита).

Крупное событие—опубликование И. И. Грековым своего оригинального метода операции на S—образной кишке (инвагинация).

Опубликован целый ряд удачных операций при прободных тифозных перитонитах, язвах желудка, разрывах, огнестрельных повреждениях кишек и других внутренних органов. Описаны редкие случаи *torsis testis intraabdominalis*, разрыва гидронефрозной дистопической почки, паратифозного перитонита, диагностический признак для распознавания поддиафрагмальных скоплений, случаи механической кишечной непроходимости, вызванной употреблением в пищу несвойственных человеку питательных веществ (овес, жмыхи); описаны случаи травматических повреждений мочевых путей, резекции части печени и почки, окончившейся выздоровлением. Уделено много внимания лечению открытых переломов трубчатых костей в годы войны, причем отдавалось предпочтение гипсовой повязке перед вытяжением. Произведено много операций на нервах с прекрасным результатом.

А. Грекори.

К вопросу об осложненных аппендицитах.

Главного врача Обуховской Мужской больницы А. А. Нечаева.

Юбилейный Сборник И. И. Грекова 1921 г.

Тромбофлебиты различных областей и абсцессы печени в течении и по окончании острого приступа аппендицита не составляют большой редкости. Более раннее появление означенных осложнений наблюдается при образовании тромбофлебитов в корнях воротной вены, брыжеечных венах и в частности при тромбофлебите вен брыжейки отростка и чаще при гангренозной форме аппендицита.

Описываются шесть случаев тромбофлебитов и абсцессов печени. Все случаи кончились летально. Во всех их с первых дней наблюдения обнаруживалось тяжелое общее состояние, повышенная температура, желтуха, болезненность печени. Септическое течение болезни. Высокая температура с потрясающими ознобами, упадок сил, иногда цианоз.

С настойчивым проведением ранней операции случаи абсцессов печени и тромбозов мезентериальных вен значительно уменьшились, чем очевидно предупреждается развитие этих тяжких осложнений. Успешно произведенная Wilms'om перевязка мезентериальных вен указывает еще путь для предупреждения абсцессов—хотя этот успех может пока считаться исключительным.

А. Греюри.

Случай nodus'a тонкого кишечника, осложненный volvulus'ом flexurae sigmoideae.
Ассистента Г. Ф. Петрашевской.

(Из хирургического Отделения Мужской Обуховской больницы. Заведующий профессор И. И. Греков). Там же.

При лечении заворотов flexurae sigmoideae в хирургическом отделении Мужской Обуховской больницы со времени заведывания профессором И. И. Грековым, применяется предложенный профессором Грековым способ invaginatio flexurae. Способ этот прост и дает хорошие результаты даже в случаях гангрены кишки, когда другие способы как правило давали летальный исход. В четырех случаях заворота S-образной кишки, оперированных по способу проф. Грекова наступило выздоровление. Один из этих случаев был осложнен узлом тонкого кишечника.

В этом случае S-образная кишка повернута вокруг своей брыжейки на 360° против хода часовой стрелки, вокруг брыжейки узел из петель тонких кишек, в котором ущемлена большая часть тощей кишки. Тонкие кишки расправлены, S-образная кашка выведена по методу проф. И. И. Грекова. Брюшная полость зашита наглухо, в приводящий конец выведенной S-образной кишки введена дренажная трубка. На 5 день после операции самостоятельный стул—трубка из rectum удалена. Через месяц выписан здоровым.

А. Греюри.

Случай кишечной непроходимости, вызванный желчным камнем.
Л. Г. Стуккей.

Старшего врача хирургической больницы в память 25 октября (б. Александровской больницы в память 19 февраля 1861 г.)

Юбилейный Сборник И. И. Грекова 1921 г.

Закрытие просвета кишки желчными камнями наблюдается довольно редко. Указанная форма составляет 2,5% всех видов кишечной непроходимости. Соответственно более частому заболеванию желчными камнями женщин, эта форма непроходимости наблюдается в 3 раза чаще у женщин, чем у мужчин.

Более или менее ясно выраженную кишечную непроходимость вызывают уже камни с поперечником в 3 сант.

Только в редких случаях, ведущие к кишечной непроходимости, камни могут пройти через сильно расширенные желчные ходы. Обычно же предварительно образуются сообщения между желчным пузырем и желудочно-кишечным каналом (прободение чаще всего в двенадцатиперстную или ободочную кишку). Чаще всего камни задерживаются в тонкой кишке, причем почти половина этих случаев приходится на нижний отдел подвздошной кишки, так как просвет ее постепенно суживается по направлению к слепой кишке.

С прохождением камня в толстую кишку явления непроходимости обычно прекращаются, но не всегда, задержанные надолго в толстой кишке камни могут увеличиваться благодаря обволакиванию каловыми массами и превращаться в кишечные камни; может выйти несколько камней, на месте остановки камней могут образоваться язвы, которые могут вызвать сужение и прободение.

Лечение в начале заболевания особенно при отсутствии явлений полной непроходимости может быть консервативным (высокие клизмы, атропин и т. д.). Если в случаях полной непроходимости, через сутки проходимость не восста-

новляется, или когда имеются признаки сужения даже без явлений полной непроходимости, по истечении суток не наступает явное улучшение, следует немедленно приступить к операции.

Случай автора относится к женщине 62 лет, страдавшей в течении 30 лет частыми припадками желчно-каменной болезни.

Три недели назад начались сильные боли в области печени, появились рвота, небольшое повышение температуры. В области желчного пузыря резкая чувствительность и резистентность. Боли через несколько дней стихли, а затем в течение трех недель то усиливались, то ослабевали. Три дня назад резкие боли по всему животу, которые приняли резко схваткообразный характер и сосредоточились в правой нижней части живота. Рвота с каловым запахом. Газы не отходят третий день, только перед самым отъездом из дома в больницу газы снова отошли.

Обрисовываются петли тонких кишок с ясно выраженной перистальтикой. В правой части живота несколько ниже уровня пупка прощупывается очень болезненная, плотная, подвижная опухоль колбасовидной формы с гладкой поверхностью, горизонтально расположенная. Операция под эфирным наркозом с морфием. Кровянистый выпот, главным образом в малом тазу. Извлечена петля тощей кишки представлявшая собою прощупываемую через брюшную стенку опухоль и производившая на первый взгляд впечатление инвагинации, резкое уплотнение на 18—20 с., стенки кишки резко инъецированы и несколько разрыхлены, при ощупывании определяются 3 камня 5—6 с. один от другого. Вскрытие кишки; сложенные вместе представляют слепок желчного пузыря длиной 8 с., вес их 35,5 грамм.

Больная выписана на 28 день. В течении последующих 1½ лет 3—4 припадков болей в области желчного пузыря по несколько часов, но без рвоты, желтухи и повышения температуры.

А. Григори.

Гастропексия при гастроптозе.

Прив.-доц. А. И. Морозовой.

Заведующей хирургическим отделением Петроградской больницы.

Юбилейн. Сборник И. И. Грекова.

Опущение внутренностей может быть не только состоянием врожденным вследствие врожденной слабости тканей, но может также развиваться под влиянием различных обстоятельств. Причиной птоза могут быть все истощающие болезни, ведущие к общей слабости, к исхуданию, затем болезни легких, влияющие на опущение диафрагмы, далее различные механические причины, нарушающие деятельность диафрагмы и уменьшающие вместимость верхней части живота (перетягивание талии), наконец причины, понижающие тонус брюшных стенок (многочисленные беременности, запоры с метеоризмом, асцит, опухоли живота), после удаления которых объем содержимого брюшной полости не соответствует величине ее внешних стенок.

Существуют лица, сложение которых с первого взгляда на них может навести на мысль о существовании у них опущения внутренностей: развитие туловища главным образом в длину, отсутствие жировой клетчатки, узкая, плоская, длинная грудная клетка. Index jugulo-pubikus т. е. отношение расстояния от яремной вырезки до лонного бугра к окружности талии, умноженное на сто больше 77. При осмотре живота, особенно в стоячем положении, поражает слабость мускулатуры, в подложечной области живот западает, а в нижней своей части сильно выдается вперед.

При гастроптозе наименее подвижной точкой является кардия (фиксирована к диафрагме). Об опущении желудка можно говорить только тогда, когда происходит опущение малой кривизны желудка. Наиболее выраженное опущение будет тогда, когда малая кривизна располагается на 3—4 пальца ниже пупка,

большая кривизна может опуститься до лонного бугра, иногда даже помещаться в малом тазу. За смещением желудка обычно следует и начальная часть двенадцатиперстной кишки, вертикальная же часть остается на месте, что легко ведет к перегибу между горизонтальной и вертикальной частью. Тонкие кишки всей своей массой спускаются вниз. Слепая кишка и восходящая редко подвергаются смещению. Поперечная кишка в средней своей части спускается низко (до малого таза), в области флексур, особенно менее подвижной селезеночной стоит высоко, благодаря чему образуются острые углы, перегибы, проходимость кишек нарушается.

Больные страдающие опущением внутренних органов жалуются на чувство тяжести и боли в животе, иногда бывает рвота, психическое состояние подавленное. Исследоваться больные должны как в лежачем так и в стоячем положении. Так например положение печени, определяемой в стоячем положении больного на 3—4 пальца ниже реберной дуги может при лежачем положении не определяться как выходящая из под края ребер ни на ощупь ни перкуторно, она как бы запрокидывается назад.

Характер болей при гастроптозе иной чем при язве желудка, при последней боли ощущаются сильнее всего в надчревной, при первой—боли более равномерны и ощущаются по всему животу; при язве боли более острые, при гастроптозе тупые, тянущего характера. При язве желудка боли зависят от качества пищи, при гастроптозе—от количества ее. При гастроптозе больные, чтобы успокоить свои боли, обычно ложатся, что уменьшает их боли, так как желудок принимает нормальное положение, в стоячем же положении боли усиливаются.

При гастроптозе и одновременном опущении печени удобное во время операции раньше, фиксировать печень. Для этого через толщу печени, отступая на сантиметр от нижнего края ее проводится один непрерывный шов, который ложится параллельно краю печени. Этим швом опущенная печень подтягивается и пришивается к диафрагме. Чтобы лучше укрепить печень к этому можно прибавить еще следующее: перерезается *lig. teres* и конец ее пришивается как можно выше к диафрагме. Если имеется удлинённый *lig. gastro-colicum*, то она укорачивается швами так, чтобы поперечную кишку подтянуть к большой кривизне желудка, причем этот шов начинается на серозной оболочке кишки проходит через всю толщу *lig. gastro-colicum* и оканчивается на серозной оболочке большой кривизны желудка. Швы эти накладываются во всю ширину *lig. gastro-colicum* в количестве четырех-пяти.

Автор оперировал три раза по поводу гастроптоза, каждый раз с хорошим результатом. Первый случай. Больная 32 лет. Боли после еды, рвота, в рвотных массах остатки пищи, съеденной несколько дней назад, больна 4 года, много-рождавшая, последнее время сильно похудела, аппетит сохранен. Об'ективно бледность, жировой слой отсутствует. Исследование в стоячем положении: верхняя половина живота западает, ясно прощупывается биение аорты, нижняя часть живота сильно выдается. В лежачем положении: печеночная тупость с 6 ребра, из за края ребер печень выдается пальца на два. При раздувании желудка большая кривизна на 3 пальца ниже пупка, малая кривизна несколько выше пупка. Ниже большой кривизны прощупывается поперечный довольно плотный тяж (опустившаяся поперечная кишка). При операции: сужение привратника; наложено заднее желудочно-кишечное соустье и произведена *gastroptexia* по Rovsing'u т. е. тремя швами, проведенными через серозную и мышечную оболочку передней стенки желудка, он фиксировался к брюшной стенке тем, что конец и начало шва проводились через всю толщу брюшной стенки и завязывались над нею. На 22 день сняты швы. Рвота прекратилась. Вес с 28 кило поднялся до 40. Выписана здоровой.

Второй случай. Больная 25 лет. *Gastro et Hepatoptosis. Ren mobile.*

Рентгеновский снимок с желудка показал, что малая кривизна располагается на уровне пупка.

Операция: опущенная печень фиксирована к брюшной стенке несколькими у-образными швами на тупой иголке. После рассечения центральный конец

круглой связки пришит к брюшине. Опушенный желудок фиксирован по Rovsing'у. Гладкое выздоровление. Больная выписана в хорошем состоянии, прибавилась в весе; явления, зависевшие от энтероптоза, прошли.

Третий случай. Больная 50 лет. Gastro et colicptosis. Пришивание желудка по Rovsing'у. Все жалобы исчезли, желудок принял нормальное положение (рентгеновский снимок), выписана здоровой.

А. Греюри.

О значении топографии пулевого канала для прогноза при огнестрельных ранениях живота.

Ф. М. Пикин.

Из хирургического отделения Обуховской мужской больницы. Заведующий проф. И. И. Греков.

Тот-же сборник.

По аналогии с классификацией ранений черепа автор предлагает ранения живота подразделять на ранения тангенциальные, сегментальные и диаметральные. Тангенциальных ранений живота сравнительно немного, не представляют особого интереса, обычно операции не требуют и кончаются благополучно.

Сегментальные ранения более частая и разнообразная форма. Сюда относятся ранения боковых частей живота и его верхнего и нижнего полюсов, анатомически сюда относятся следующие парные области: *reg iliaca*, *lumbalis*, *hypochondrium* и непарные *epigastrium* и *hypogastrium*. Более часты ранения в сагитальной плоскости (спереди назад и обратно), реже во фронтальной плоскости (близкие к касательным, обычно на передней брюшной стенке). Диаметральные ранения самые частые встречаются как в сагитальном так и фронтальном видах. Сагитальные ранения топографически занимают *mesogastrium*.

Сегментальные ранения, в особенности боковые дают гораздо лучший прогноз чем диаметральные. При боковых ранениях в сагитальной плоскости ранится восходящая, или нисходящая толстая кишка—предсказание сравнительно благоприятное—изолированное положение кишки, частью лежащей внебрюшинно позволяет воспалительному процессу легче идти на ограничение, толстая стенка и вялая перистальтика препятствуют извержению содержимого в брюшную полость. Повреждение почки омрачает прогноз, но обычно не в той степени как ранение другого полого органа.

При ранениях *epigastrii* и *hypochondrii* предсказание хуже, часто ранятся многие органы: печень, селезенка, желудок, поджелудочная железа, *duodenum*, толстая кишка, почки.

Ранения печени, селезенки дают часто хороший прогноз, если не ранены крупные сосуды. Ранения желудка, 12-перстной кишки, *pancreas* дают далеко не безнадежное предсказание. Торako-абдоминальные повреждения являются обычно тяжкими, их лучше лечить консервативно.

Сегментальные ранения нижнего отдела живота имеют плохой прогноз, близкий к диаметральным ранениям (повреждаются тонкие кишки).

Диаметральные ранения сагитального типа, занимающие *mesogastrium* дают наихудший прогноз (ранения тонких кишек, обычно множественные, попадание жидкого вирулентного их содержимого в значительном количестве в брюшную полость). Из 74 случаев огнестрельных ранений брюшной полости было 43 диаметральных ранений—3 выздоровело (7%) и 31 сегментальное ранение—17 выздоровело (58%).

По литературным данным (Delay, Lucas Championnière) статистика смертности для ранений тонкой кишки 60%, толстой 33%, желудка 25%.

Материал автора представляет следующую частоту ранений органов живота: желчный пузырь 1, *pancreas* 2, мочевой пузырь 3, почка 3, селезенка и желудок по 5, печень 14, тонкая кишка 33, толстая—34.

А. Греюри.

Случай комбинированного огнестрельного ранения правой подреберной области. Н. К. Введенского.

Из 159 лазарета Кр. Нр. Северного Района и кафедры оперативной хирургии
и хирургической анатомии проф. В. Н. Шевкуненко.

Тот же сборник.

25 октября. 1917 г. доставлен в лазарет казак 13 Дон. п. через 15 минут после полученного сквозного ранения пулей из винтовки на расстоянии около 15 шагов. Входное отверстие в области печени и желчного пузыря, на 6 с. от средней линии и на 2 с. книзу от реберной дуги, выходное отверстие в области верхнего полюса правой почки, на 7 в. вправо от остистых отростков над XI ребром; из входного отверстия выделяется кровь с примесью желчи. Гематурия. 31/х явлениях гематурии исчезли. После сифонной клизмы стул с испражнениями черного цвета (положительный результат пробы Тейхмана) 1—5/х из входного отверстия продолжает выделяться в небольшом количестве желчь с примесью слизи. Температура начинает давать значительные колебания. Между правой сосковой и передней подмышечной линией около 6—8 ребер незначительная отечность кожи и подкожной клетчатки. Желтушная окраска кожи и склер, 6/х при пробном проколе в месте отечности на глубине 10 с. получен гной, игле передаются дыхательные движения.

На месте пункции разрез по восьмому ребру, резекция его, листки плеврального синуса спаяны. После рассечения надкостницы, fasciae endothoracicae, спаянных обоих листков плевры, диафрагмы и брюшины вскрыт гнойник. 23/I. 18 г. выписан.

В данном случае комбинированное ранение печени, желчного пузыря, duodeni, правой почки и заднего синуса правой полости плевры.

Повторными экспериментами на трупах с проколом по ходу пулевого канала клинический диагноз был подтвержден анатомически.

Описаны вкратце 34 случая из литературы комбинированных ранений правой почки и соседних органов. Приводятся литературные данные о частоте ранений грудной и брюшной полостей и результатах активной и консервативной терапии.

А. Греюри.

К вопросу о резекциях желудка.

Пр-доц. П. Г. Корнев.

Тот же сборник.

Автор описывает три случая произведенной им резекции желудка.

В первом случае у больной 34 лет при операции оказалась плотная раковая опухоль с кулак величиною в области привратника; типичная резекция по Бильрот II задним соустьем. Через месяц выписалась.

Через месяц после выписки явилась в клинику для рентгенотерапии, причем выяснилось, что больная отлично поправилась, могла есть всякую пищу, прибавила 1 пуд веса. Через 3 дня после поступления в клинику больная внезапно скончалась при явлениях паралича сердца. При вскрытии резкое жировое перерождение правого сердца, никаких метастазов. Интерес случая: полное восстановление функции желудка, прекрасное питание, в тоже время грозное осложнение, находящееся повидимому в зависимости от основной болезни а м. б. и вмешательства.

Второй случай. Больной 52 лет. Инфильтрирующая язва малой кривизны, спаявшая желудок с левой долей печени. Иссечение язвы, желудок шит поперечно, обнаженный участок печени тампонируется свободным салником. Глухой шов. Гладкое выздоровление. Через год никаких жалоб; чувствует себя отлично. Микроскопическое исследование язвы показало отсутствие новообразования,

между тем как прогрессирующая слабость больного, отсутствие в желудочном соке при первом исследовании соляной кислоты, наличие молочной и возраст больного давали основание заподозрить злокачественное новообразование.

Третий случай. Больная 36 лет. Язва малой кривизны желудка и изменение формы желудка в виде песочных часов. Сегментарная резекция всей пораженной части желудка с припаянным участком печени. Полное выздоровление. Показалась через 6 месяцев; совершенно здорова.

Приводятся литературные данные о ближайших и отдаленных результатах лечения язв желудка соустьем и резекцией, о показаниях для того и другого лечения, а также о результатах оперативного лечения желудка в форме песочных часов.

А Грегори.

Рентгенологические наблюдения над гастроэнтеростомией.

О. О. Ден.

Из рентген кабинета мужской Обуховской больницы в Петрограде. Зав. хир. отд. пр. И. М. Греков. Главный врач проф. А. А. Нечаев.

Юбилейный Сборник И. И. Грекова 1921 г.

Просвечивания после гастроэнтеростомии показали, что, если таковая была сделана по поводу атонии желудка и сужения привратника (вследствие рубца или спазма—Gastrosuccorhoea) и наложена в нижней части желудка, то пищевая смесь, располагаясь по закону тяжести в нижней части желудка, сразу же вытекает в соустье; желудок начинает понемногу приобретать способность тонического сокращения стенок вокруг нового отверстия, оно уже не зияет, но открывается только на моменты, на подобие привратника, пропуская небольшие порции пищи. Восстанавливающаяся сила желудочной мускулатуры уже становится достаточной и для направления пищи по старому пути. Этому способствует и то обстоятельство, что в полость желудка попадает щелочное содержимое приводящей кишечной петли, а избыток кислого сока при Gastrosuccorhoea скоро покидает желудок. Этим устраняется одна из причин спазма привратника, роль которого, повидимому, не мала и при наличии рубцового сужения. Через несколько месяцев можно видеть, что уже большая часть пищи идет по старому пути, в дальнейшем действие соустья может и вовсе прекратиться.

При язве duodeni задача хирурга, направить пищу по новому пути, минуя место язвы, restitutio ad integrum не желательна. Если соустье будет наложено далеко от привратника, то доступ к соустью может оказаться закрытым благодаря спазму, остается один выход через суженный привратник. Если соустье (при язве duodeni) положено далеко от привратника, то даже при сужении его большая часть пищи идет по старому пути, если соустье наложено в привратниковой части, то и при несуженом привратнике большая часть пищи идет по соустью.

Выводы: если имеется атония, то показана гастроэнтеростомия в нижней части, если же перистальтика усилена и необходимо-исключить начальную часть двенадцатиперстной кишки, то соустье должно быть наложено возможно ближе к привратнику.

А. Грегори.

К учению о миомах желудка.

Прозектора Н. Я. Кузнецовского.

Из Патолого-Анатомического Института Военно-Медицинской Академии. Проф. И. А. Мойсеев.

Тот же Сборник.

В клинику Воен.-Мед. Академии проф. Д. Д. Попова была доставлена 38-летняя замужняя женщина по поводу сильнейшей кровавой рвоты и кровотечения из прямой кишки. 4 года назад больная заметила присутствие опухоли,

постепенно увеличивавшейся. 1½ года назад у больной был сильный припадок болей внизу живота, сопровождавшийся обильной кровавой рвотой, кровавая рвота временами повторялась. В клинике в течение первых трех дней кровавая рвота повторялась несколько раз. Через неделю больная скончалась при явлениях резкого малокровия. При вскрытии соответственно большой кривизне желудка, приблизительно на середине его протяжения имеется опухоль шарообразной формы в длину 14 с., ширину 13½ с., в толщину 6 с., располагающаяся впереди поперечной кишки, спаянная с большим сальником и lig. gastrosolicum обильными плотными тяжами, верхний отдел опухоли плотно спаян с большой кривизной желудка, нижний свободно спускается в брюшную полость, сращений кроме указанных спаек с другими брюшными органами не представляет. Брюшинный покров желудка непосредственно переходит с него на поверхность опухоли. На разрезе ткань опухоли имеет пестрый вид, большая часть ее имеет буро-красную окраску и представляется испещренною многочисленными кровоизлияниями, встречаются участки более плотные и более бледно-окрашенные. Граница между тканью опухоли и мышечной желудка местами ступенчатая. Слизистая желудка местами спаяна с тканью опухоли; в одном месте спайного участка имеется изъязвление с подрывными краями величиною немного более булавочной головки, через которое зонд проникает глубоко в разрыхленную и инфильтрированную кровью ткань опухоли.

Под микроскопом более плотные участки состоят из переплетающихся в различных направлениях пучков гладких мышечных волокон веретенообразной формы с характерными палочкообразными ядрами.

Наружный слой мышц стенки желудка, подходя к опухоли переходит в нее целиком, теряя свое правильное расположение, внутренний циркулярный слой мышц значительно утончается проходя над опухолью, в вещество ее не проникает.

По Вирхову миомы, возникая первоначально в самой толще стенки желудка интерстициально, в дальнейшем разрастаются внутрь—внутренние миомы или наружу—наружные миомы. Последние достигают иногда больших размеров.

При наружных миомах ткань опухоли непосредственно переходит в продольный слой мышц, при внутренних—ткань опухоли стоит в непосредственной связи с внутренним слоем мышц.

Обильные кровоизлияния наблюдаются часто в миомах; нередко доброкачественные миомы желудка переходят в злокачественную форму (миосаркомы) при внутренних миомах часты желудочные кровотечения. В случае автора кровотечения через изъязвление слизистой, от которого больная и погибла. Как первое кровоизлияние в ткань опухоли, бывшее 1½ года назад, так и последнее сопровождалось припадками сильных болей в полости живота и лишь затем наступало выделение крови рвотой и в стуле. Подобные припадки болей, возможно, возникали в моменты наиболее значительного кровоизлияния в ткань опухоли, когда, вследствие геморрагического пропитывания ее, размеры опухоли увеличивались и получалось растяжение покрывающего ее брюшного покрова. Таким образом в клинической картине миом желудка изменение объема их в связи с кровотечениями и болевыми ощущениями должно считаться весьма характерным.

В литературе описано несколько случаев оперативного лечения миом с благоприятным результатом.

А. Грегори.

Об эпилломах.

Д-ра Н. С. Перешивкина.

Старшего ассистента академической хирургической клиники проф. В. А. Опеля.

Тот же Сборник.

Больной 34 лет поступил в клинику проф. Опеля с жалобами на боли в области мочевого пузыря и в правой половине живота. 3 года назад появилась в правом паху грыжа, вправление ее иногда бывало очень болезненно. Бандажа

больной не носил. Мочеиспускание нормально. Правое паховое кольцо свободно пропускает 2 пальца, при покашливании выходит грыжа величиною с куриное яйцо. В области слепой кишки прощупывается гладкая, твердая опухоль, не ясно контурированная, болезненная при давлении, опухоль теряется в глубине полости таза. Цистоскопия норма.

Опухоль прощупывалась *per rectum* и в глубине полости малого таза справа; температура была повышена долгое время. Предположение: хронический аппендицит с инфильтратом вокруг отростка. Несмотря на лечение в продолжение 2-х месяцев инфильтрат и болезненность почти без изменений. 23 января операция. Appendix—норма. В глубине полости малого таза опухоль, спаиваясь с дном малого таза, со стенкой мочевого пузыря и с прямой кишкой. Сальник тесно спаян с опухолью, которая представляет как бы часть его. Часть сальника вместе с опухолью удалена. Величина опухоли с кулак взрослого человека. Больной выписан через месяц здоровым. При микроскопическом исследовании опухоль оказалась состоящей из омертвевшей клетчатки сальника, по краям которой имеется реактивная воспалительная инфильтрация; среди некроза бурожелтые глыбки гемосидерина—остатки бывшего кровоизлияния.

В литературе эпиплоитов дело касается обычно воспалительных изменений сальника в результате резекций его. Обыкновенно причиной воспаления являлась шелковая лигатура. Часты эпиплоиты после грыж, аппендицитов и лапаротомий, во время которых бывает лигирован и удален кусок сальника (м. б. лигатура не вполне асептична, а м. б. она накладывается на воспаленный уже сальник). Эпиплоиты надо разделить на 3 группы: 1) эпиплоиты вследствие инфекции самого сальника, 2) эпиплоиты вследствие перехода воспалительного процесса с соседних органов, 3) эпиплоиты вследствие торсии сальника.

Автор предполагает что в его случае в одно из вправлений грыжи сальник мог перекрутиться, в результате тромбоз вен с развитием эпиплоита. Исход эпиплоитов 1) сморщивание сальника в равномерную, бугристую массу, 2) кистовидное перерождение, 3) расстройство кровообращения с последующей гангреной.

Относительно малое количество эпиплоитов можно объяснить тем, что часть их проходит незамеченной и впоследствии может самопроизвольно рассосаться.

Диагноз эпиплоитов довольно труден. Появляются они после операции, болезненны, причем эта болезненность строго ограничена.

В четвертой части описанных эпиплоитов наступало нагноение и переход в абсцесс.

А. Грегори.

К симптоматологии поддиафрагмального нарыва.

Г. Г. Яуре.

Из 2-го Наумовского госпиталя Кр. Кр. (ст. врач В. В. Лавров) и из хир. отд. Мужской Обуховской больницы в Петрограде (зав. проф. И. И. Греков).

Распознать поддиафрагмальный нарыв во многих случаях очень трудно, особенно при осложнении его плевритом, что наблюдается в 30% всех случаев. Предложенные для распознавания поддиафрагмального нарыва признаки мало характерны и специфичны. Признаки Leyden'a мало определены, более характерны признаки Barlow'a, но он проявляется в поздних стадиях и лишь при газосодержащих гнояниках. Признак д-ра Тривуса—полоса ясного легочного звука между тупостями нарыва и сердца при правосторонних нарывах наблюдается не всегда и отсутствует при осложнении плевритом. Признак Langenbuch'a—перемещение тупости при различных положениях больного требует отсутствие слипания заднего легочного пространства и может ввести в заблуждение при выпотах в полости плевры. Признак Litten'a не постоянен. Сухой отрывистый кашель, на характерность которого указывает А. А. Троянов, постоянно наблюдается при *pleuritis diaphragmatica*. Верный способ—пробный прокол (при извлечении иглы может инфицировать плевру). Рентген облегчил распознавание, но в случаях плев-

рита трудно определить, имеется-ли жидкость только над диафрагмой, или также и под нею.

Автор прибавляет еще один признак, который ими подмечен в нескольких случаях правостороннего поддиафрагмального нарыва. Признак этот состоит в толчкообразных движениях печени при выстукивании грудной клетки (перкуторное баллотирование печени). По существу это чисто физическое, гидравлическое явление того-же порядка, что и флюктуация. Скопившаяся под диафрагмой жидкость растягивает ее, выпячивает ее вверх, одновременно смещает книзу печень. При перкуссии грудной клетки сотрясение переходит на растянутую диафрагму, толчки передаются находящейся над ней жидкостью, она передает их во все стороны в том числе и печени. Эти то толчки печени и можно ощутить рукой, положенной в правом подреберьи. Толчки резче всего ощущаются при постукивании под углом правой лопатки в сидячем положении больного. Иногда можно получить кажущиеся слабые толчки и у здоровых (сотрясение реберной дуги и натягивание кожи подреберья и отчасти мышц). Они количественно и особенно качественно отличаются от баллотирующих толчков печени и их легко затушевать, плотно накладывая другую, не исследующую, руку на реберную дугу спереди. Тогда в подреберьи не ощущается ни сотрясения ни толчков, если не баллотирует сама печень. Недостаток симптома—участие при исследовании двух лиц.

Симптом этот проверен автором в 4-х случаях, признак оказался резко положительным, 3 раза наличность, поддиафрагмального нарыва подтверждена операцией, раз скопление крови под диафрагмой подтверждено Рентгеном.

Два раза признак не получен, в одном при вскрытии не оказалось скопления жидкости под диафрагмой, в другом ее не оказалось при операции.

А. Грегори.

К вопросу о дренировании брюшной полости при асците.

Прив.-доц. В. А. Шаак.

Из факультетской хирургической клиники Петроградского Медицинского Института.

Тот-же сборник.

Автор описывает операцию, предложенную для дренажа брюшной полости при асците Kalb'ом в 1916 г. После вскрытия брюшной полости справа и слева от толстой кишки (colon ascendens и colon descendens) в области треугольника Пети в брюшине и подлежащей мускулатуре вырезается окно величиною с 2—3 к. монету. Таким образом создаются два широких стока в подкожную клетчатку поясничных областей. Таким образом устраивается дренаж в самом низком месте брюшной полости (при лежании больного на спине), не употребляются инородные тела и не ослабляется лапоротомическая рана.

Область треугольника удобна еще и потому, что не приходится проникать через толстый слой мышц.

У больных в первые же дни после операции появляются в поясничных областях отечные подушки, количество мочи увеличивается в 2—3 раза.

Описание 3-х случаев. В первом—асцит вследствие цирроза печени, сделана операция Kalb'a и Talma; окна в поясничной области функционировали хорошо, объем живота с 103 с. уменьшился до 79 с., через 6 месяцев состояние очень хорошее, объем живота не увеличивается.

Два других случая кончились смертельно вследствие тяжести основного страдания. Вырезанное во втором случае окно в брюшине справа от colon ascendens функционировало хорошо (отечность правой поясничной области, увеличение количества мочи), временно улучшилось состояние больного.

А. Грегори.

Энтероптоз с конституциональной точки зрения. (Из госпитальной терапевтической клиники В—мед. Академии проф. П. В. Троицкого).

М. В. Черноруцкого.

Врачебное Дело 1921 г. № 16—21.

Энтероптоз встречается преимущественно у людей определенного телосложения, это тип людей атонического или астенического *habitus'a*. По Stiller'y характерна для астеников подвижность 10 ребра. Основными чертами высшей болезненной формы у астеника являются общая атония тела, энтероптоз, невращения и диспепсия. Для астении характерны еще более или менее выраженные признаки пониженного питания и малокровия, гипоплазия сердца и сосудистой системы, предрасположение к туберкулезу, круглой язве желудка и некот. друг. заболеваниям и наоборот известная стойкость против другого рода заболеваний как-то: артериосклероз, хронические почечные заболевания, подагра, диабет и др. Источник страдания при энтерептозе по Stiller'y не смещение органа, а нервная астенция или неврастеническая гиперестезия.

Timme рассматривает даже энтероптоз как часть неврологического синдрома, считая, что неустойчивость вегетативной нервной системы в смысле уменьшения симпатической ее активности может играть при этом существенную роль.

Конституциональные моменты имеют по мнению автора в патогенезе энтероптоза решающее значение. Чем более выражено предрасположение, тем меньшая роль принадлежит внешним вызывающим причинам (конституциональной энтероптоз).

В другом ряде случаев можно наблюдать развитие энтерептоза у лиц нормального типа под влиянием чрезмерных, преодолевающих сопротивляемость данного организма вредных воздействий (приобретенный энтероптоз).

Лечение энтероптоза: диететически—укрепляющее; оперативное лечение—в осложненных случаях энтероптоза, когда имеются сращения, перегибы и т. п., или когда чрезмерно развившийся симптом становится как бы самостоятельной болезнью (напр. эктазия желудка).

А Греюри.

К вопросу о лечении брюшнотифозных прободных перитонитов.

(Из госпит. хирур. клиники Харьковского У—та).

В. А. Недохлебова.

Врачебное Дело 1921 г. № 16—21.

Частота прободений ко всему количеству больных колеблется от 0,5—8,8%.

Внезапная, обычно острая, сильная боль, чувствительность при самой легкой перкуссии и наконец местная часто дископодобная ригидность мышц первые признаки прободения—оперировать нужно немедленно, не выжидая развития классической формы перитонита: *facies hypocratica*, неудержимой рвоты, малого частого пульса, вздутия живота, паралича кишечника и т. д.

Характер хирургического вмешательства может заключаться: 1) в зашивании прободения, 2) резекции, 3) выведении перфорированной кишечной петли и тампонации брюшной полости по окружности ее; автор высказывается за зашивание.

Приводятся 2 собственных наблюдения. В обоих случаях внезапное заболевание повидимому у здоровых лиц, на самом деле больных брюшным тифом, переносимым на ногах. В первом случае прободение аппендикса, во втором—в 30 с. от ооесит, в подвздошной кишке прободение с горошину. В обоих случаях перед операцией был поставлен диагноз—прободной аппендицит. Течение болезни, реакция Widal'a, увеличение во втором случае Пейеровых бляшек говорили за брюшной тиф.

В обоих случаях выздоровление.

А Греюри.

**Пилорэктомия при высоко-расположенной круглой язве малой кривизны желудка.
Проф. В. Р. Брайцева (Москва).**

Врачебное Дело 1921 г. № 16—21.

Автор сообщает об удачном случае резекции привратника с последующим соединением конца в конец разреза двенадцатиперстной кишки с желудком при высоко-расположенной круглой язве малой кривизны. Постоянным спутником язв желудка, удаленных от привратника является пилореспазм, который составляет не только следствие язвы, но и сам поддерживает ее, мешая заживлению. Иссечением привратника уничтожается пилореспазм и восстанавливается нормальная проходимость пищи. Операция проста. Возможно что того же результата удастся добиться пилоропластикой.

А. Греюри.

**Вторичные мозговые абсцессы при огнестрельных ранениях черепа
Я. М. Брускина.**

Врачебное Дело 1921 г. № 16—21.

Автор, работая в госпитале тыла, наблюдал 90 случаев огнестрельных переломов черепа. Из 42 неоперированных случаев умерло 18—причина смертной менингит—исходный пункт абсцесс мозга. При операциях в 41 случае были найдены мозговые абсцессы. Следовательно 59 раз найден абсцесс мозга (70%). Протекал он обычно безлихорадочно, без резких изменений пульса и сознания и только упорная головная боль, легкая тошнота и характер наружной раны (ослабление пульсации) указывали на абсцесс. Процесс тянется иногда месяцами. Обычный исход прорыв в боковой желудочек и базиллярный менингит. Лечение оперативное.

Первичная трепанация при всех огнестрельных ранениях черепа является единственным рациональным методом лечения, предупреждающим развитие инфекции resp. мозговых абсцессов.

А. Греюри.

**Послетифозные свищи ребер.
С. В. Лигина (Николаев).**

Врачебное Дело 1921 г. № 16—21.

Автор наблюдал 44 случая, обычно после возвратного тифа. Процесс развивается обычно в периоде от 2-х недель до трех месяцев после падения температуры. Чаще всего заболевают хрящи от 5—9 ребер. Появляется инфильтрат, который в редких случаях рассасывается, обычно он краснеет, становится мягким и вскрывается. Свищ не имеет склонности к заживлению. Лечение оперативное, выскабливание обычно недостаточно, необходима широкая резекция больного хряща.

А. Греюри.

**Спондилит, как осложнение брюшного, сыпного и возвратного тифа.
В. М. Тоцкого (Симферополь).**

Врачебное Дело 1921 г. № 16—21.

Автор наблюдал 16 случаев спондилита после брюшного, возвратного и сыпного тифа, чаще всего после возвратного. Локализация—поясничный отдел. Помимо кифоза и лордоза наблюдался и сколиоз. Заболевают кости, хрящи и корешки крестцовопоясничных мышц, в области заболевания почти полная неподвижность позвоночника, часто напряжение длинных поясничных мышц, иногда явления прижатия спинно-мозговых корешков; сужение межпозвоночного проме-

жутка, очаги раздражения кости, образование костных спаек обычно между боковыми поверхностями позвонков. В более поздних стадиях промежутки между позвонками могут пропасть и тела спаиваться плотно (костные сращения — анкилозирующий спондилит). Лечение: покой, ортопедическое лечение.

А. Грепори.

Операция Ольби при туберкулезном спондилите.

Ф. Ю. Розе.

Врачебное Дело 1921 г. № 22—24.

Операция Ольби автором произведена 16 раз с двумя смертельными исходами: один больной умер от кори, другая умерла непосредственно после операции от туберкулезного менингита. В 10 случаях результат хороший, в 4-х холодные абсцессы. Длительность наблюдения до 2-х лет.

Гиперэкстензия позвоночника при неимении гипса достигается лежанием больных на животе при подкладывании подушек выше и ниже кифоза. При наличии радикулита и повышении температуры больных выдерживают в указанном положении на животе по Ольби до исчезновения явлений радикулита и падения температуры, после чего может быть произведена операция по Ольби. Операция эта создавая живой корсет, живую подпорку для позвоночника, упрощает лечение, сокращает его до minimum'a.

А. Грепори.

Женские болезни.

Ф. Н. Тавилдаров. Поранение мочеточников во время гинекологических операций.

(Нов. Хир. Архив. Книги I и II 1921 г.)

Операции на мочеточниках, будучи еще в конце XIX века сравнительно редкими и преимущественно вынужденными при случайных повреждениях, с развитием брюшной хирургии — на принципах антисептики и асептики — становятся более частым и активным вмешательством по заранее выработанному плану.

На развитие оперативной техники на мочеточниках оказало большое влияние с одной стороны изобретение Nitze цистоскопии и разработка техники катетеризации мочеточников, что сделало возможным своевременную и детальную диагностику заболеваний мочевой системы; с другой стороны развитие брюшной хирургии — преимущественно гинекологической — с выработкой и обширным распространением радикальных операций при раке матки брюшностеночным и влагалищным путем, так как при этих-то операциях чаще всего нарушается целостность мочеточников, а следовательно возникают задачи восстановления их непрерывности, либо необходимость устранения вредных последствий этих повреждений. Значение брюшных операций в образовании мочеточниковых свищей у женщин, очень наглядно выясняется сравнительной статистикой данных за 1898 г. Ferguson'a согласно которым 67,7% всех мочеточниковых свищей бывают послеродового происхождения, с данными за 1902 год. Bertram'a, который из 183 случаев повреждений мочеточников у женщин нашел всего лишь 7,7% послеродовых повреждений и 92,3% гинекологических, причем 48% приходится на операцию экстирпации матки.

Далее автор подробно излагает в историческом порядке экспериментальную и клиническую литературу вопроса и, приводя свои наблюдения 6-ти случаев повреждения мочеточников при экстирпации матки, рассматривает причины и условия случайных и преднамеренных поранений мочеточников, а также практикуемые в настоящее время оперативные способы и приемы для устранения последствий этих нарушений. Исходя из общего и главного положения, что всякое нарушение целостности мочеточника должно быть восстановлено, автор разде-

ляет применяющиеся здесь операции по месту повреждения мочеочника на две основные группы. В первой группе—при поранении мочеочника в нижней части тазового его отдела (*portio interligamentaris et juxtavesicalis*), избранным, дающим наилучшие результаты и предсказание, он выставляет пересадку почечного отрезка мочеочника в новое отверстие пузыря (*uretero-cysto-neostomia*); причем главными условиями успешной пересадки являются наименьшее натяжение пересаженного мочеочника, что достигается смещением пузыря кверху и прикреплением его к брюшине боковых стенок таза (*Witzel-Kelly*); далее, возможно меньшее количество швов, прикрепляющих мочеочник к пузырю, чем устраняется образование последовательных сужений и даже полных облитераций в месте пересадки, наконец, необходимо избегать марлевых тампонов и не вводить в пересаженный мочеочник катетер *à demeure*, чтобы не нарушать питания и тем не препятствовать более быстрому сращению пересаженного мочеочника. Во второй группе операций при поранении мочеочника в верхней части тазового его отдела у безымянной линии—и в поясничной его части, когда пересадка в пузырь не возможна, наилучшим методом автор считает сшивание почечного и пузырного отрезков; причем круговое сшивание по *Schopf*'у и инвагинацию почечного отрезка в пузырьный по *Poggi* или *Губареву* автор считает неудовлетворяющими цели, так как вслед за такой пересадкой—обычно развивается сужение и даже полная облитерация новообразованного соустья; наиболее рациональными, дающими наилучшие функциональные результаты, являются способ боковой инвагинации *von Hock*'а (всаждение почечного отрезка в боковой разрез пузыря) и способ бокового соустья *Mcpari* (по типу бокового соустья кишечника). Особенно рекомендуется последний способ, так как на основании экспериментальных и клинических данных продольный разрез мочеочника заживает значительно скорее и лучше, что дает повод *Губареву* советовать оставлять продольный разрез, вовсе не накладывая швов. Из других способов, применяемых при поранении в верхней части тазового отдела и поясничной части мочеочника иногда с хорошим результатом, выключение почки перевязкой перерезанного мочеочника и первичная нефрэктомия должна применяться с большой осмотрительностью и в самых крайних случаях, при наличии здоровой нормально функционирующей второй почки и здоровом сердце. Экспериментальными данными и клиническими наблюдениями выяснено, что за выключением одной почки перевязкой мочеочника иногда наблюдается рефлекторное или симпатическое воспаление второй, остающейся единственной работоспособной почки; также имеются экспериментальные данные об образовании в выключенной и подвергающейся некрозу почке нефротоксинов, почему перевязка мочеочника переносится опытными животными гораздо хуже, чем иссечение почки; с другой стороны еще *Simon*'ом установлен факт, подтвержденный позднейшими исследованиями, что компенсаторная функция остающейся почки развивается постепенно и достигает своего максимума не ранее 3-й недели после выключения или иссечения другой; наконец, имеются экспериментальные данные *Kawasoje* о продолжающейся функциональной деятельности в течение 4-х до 20 дней выключенной почки. На основании таких экспериментальных данных и клинических наблюдений *Mackenrodt*'а и *Martin*'а, потерявших каждый по две больных после перевязки одного мочеочника от уремии, а также на основании своего наблюдения смерти от уремии больной после иссечения эктопической почки, причем оставшаяся почка оказалась инфантильно недоразвитой, автор рекомендует временное выключение почки перевязкой мочеочника и вшивание его конца под кожу поясницы, чтобы в случае угрожающих явлений при недостаточности второй почки распустить шов и открыть мочеочниковый свищ. В случаях болезненного состояния и недостаточности функциональной деятельности второй почки ни выключение, ни иссечение почки применяться не должны; в этих случаях необходимо применить один из существующих уретерогетеропластических способов для соединения перерезанных концов мочеочника или мочеочника с пузырем при помощи включения фаллопиевой трубы, или образования трубки из стенки мочевого пузыря; при невыполнимости ни одного из этих

способов остается включение изолированной петли кишечника или пересадка мочеточника в кишечник.

В заключение необходимо вкратце коснуться случаев собственных наблюдений автора, так как из приложенных кратких историй болезни приходится сделать некоторые выводы, несогласные с выводами автора. Так, напр., предпочтение бокового анастомоза перед круговым сшиванием и инвагинацией нам представляется на основании случаев автора недостаточно обоснованным, так как проверку функциональных результатов в случае круговой инвагинации при помощи простой цистоскопии надо признать недостаточной—не было сделано ни хромоцистоскопии, ни катетеризации мочеточников, каковые методы могли бы обнаружить незамеченную при цистоскопии функцию соответствующей почки. В четырех случаях перевязки мочеточника также можно сделать некоторые возражения: во-первых—перевязка мочеточника не всегда обеспечивает полное выключение почки, как это и наблюдал автор в своем 7-м случае при операции Schuchardt Schauta; в 4-м случае также не исключена возможность наличия кроме пузырно-влагалищного и мочеточникового свища, ибо образование брюшностеночного свища и мочевого затека *in cavo ischio-rectali* на стороне перерезанного мочеточника с абсцессом на соответствующей ягодице, надо полагать, произошло из мочеточникового свища, так как пузырные свищи в таких случаях открываются в направлении наименьшего сопротивления—прямо во влагалище. Больше всего возражений вызывает 6-й случай, где при диагнозе „*Cancer port vaginalis et cervicis uteri; infiltratio cancrosa parametrij dextrij*“—сделана надвлагалищная ампутация тела матки с придатками, а канкротная шейка оставлена; если это не простой недосмотр при составлении истории болезни, то очевидно операция была не докончена и ясно, что случай был абсолютно неберабильный, когда никакое вмешательство на мочеточниках не показано.

А. Орлов.

Внутренние болезни.

Персидский возвратный тиф.

Е. И. Марциновский.

Москов. медиц. журнал № 2—3 1921 год.

Автор знакомит с особым видом возвратного тифа, который напоминает малярию и дает от 4 до 9-ти приступов, продолжаясь до 2-х месяцев и более. На высоте подъема кривой в крови можно обнаружить спирохету, несколько тоньше и длиннее спирохеты европейской и американской. Заражение передается белым клопом—вернее клещем *Ornithodoros miana*. Клещ этот щадит туземцев и особенно набрасывается на чужестранцев. Для борьбы с ним рекомендуется дезинсекция и смазывание полов и стен водой с дегтем или керосином, т. к. клещ этот не любит сырости.

Н. Полубояринов.

Случай стрептотрихозной пизмии.

В. Т. Таллалаева.

(Из стар. Екатер. больницы в Москве.)

Тот же журнал.

Автор приводит случай множественного поражения внутренних органов, (*pyaemia streptotrichosa*) дихотомически растущим грибом—*Streptotricotrix*).

Н. Полубояринов.

Новейшие течения в области морфологии туберкулезных бацилл и учение о парциальных антигенах.

В. А. Любарского.

(Стассист. госуд. научн. инст. здравоохран.).

Тот же журнал.

Автор считает, что кислотоупорность палочки туберкулеза свойство не постоянное. Возможно, говорит он, что мокрота туберкулезного больного всегда содержит бациллы, но не всегда в кислотоупорной форме. Терапию партигенами он считает одним из крупнейших достижений последнего времени, требующую дальнейшей разработки.

Н. Полубояринов.

К вопросу о приготовлении питательных сред. для выращивания холерных вибрионов (преимущественно).

Прозектора Сокольнической больницы Н. И. Крнч).

Автор дает ряд рецептов для приготовления питательных сред заменяющих пептонную воду; из них наиболее пригодные — желчная среда Ottolenghi, бульон Hottinger'a, воспалительный экссудат брюшины и мозг.

Н. Полубояринов.

Первичный рак легкого.

Е Ю. Сегалов.

(Рогожская больница в Москве).

Тот же журнал.

Автор приводит случай первичного рака легкого, диагноз которого поставлен при жизни и подтвержден на вскрытии.

Н. Полубояринов.

Заболевания в связи с современными условиями питания.

Проф. Российского и М. М. Панченкова.

В связи с современным питанием авторы затрагивают ряд моментов, которые могут оказаться виновниками различного рода патологических состояний организма и быть причиной новых болезненных форм.

Н. Полубояринов.

Случай отложения кальциевых солей в коже.

Д-р В. А. Поспелов.

Тот же журнал.

Автор подробно описывает случай отложения кальциевых солей в коже, сопровождающийся нагноением на местах появления первичных узелков этих солей.

Н. Полубояринов.

Современное состояние вопроса о классификации нефритов (Брайтова болезнь) проф. А. И. Абрикосов.

Тот же журнал.

В своей работе профессор Абрикосов, приводит классификацию Volhard'a и Fahr'a наиболее полно и ясно освещающую данный вопрос. Эти авторы пришли к необходимости разделить все формы, Брайтовой болезни на три основных вида: нефрозы, нефриты и нефросклерозы. По их данным указанные виды Брайтовой болезни отличаются друг от друга клиническими проявлениями и патологоанатомической характеристикой.

Н. Полубояринов.

**Первые опыты вакцино-терапии бациллярной дизентерии.
Проф. Златогорова и д-ра Высоковского.**

Тот же журнал.

Автор приводит 10 случаев вакцинации дизентерийных больных. Вакцина вводилась в дозе 0,1 к. ст. т. е. 20 мил. микроб. под кожу и повторялась через 48 часов в той же дозе, или постепенно увеличивая до 0,3 к. с. Инъекции переносились хорошо, без местной реакции и повышения t-ры. Применение вакцины на 4—5 день и даже 8-ой день болезни вызвало благодетельный эффект: быстро уменьшилось количество испражнений и позывов, исчезла кровь, слизь, мучительные спазмы и отхождение пленок. Вакцина готовилась из штампов культур (1920 г.) агаровых, убитых при 58° в течение часа. *Н. Полубояринов.*

Наблюдения над дезинфицирующими свойствами паранитротолуола и действием его препаратов при накомном применении у животных и человека.

Проф. Российского.

Опыты поставленные автором показали, что особенно чувствительными к паранитротолуолу оказались вши и блохи. При погружении их в пробирки с 0,3 гр. паранитротолуола (пробирки закупоривались гигроскопической ватой), оглушение и прекращение движения у вшей и блох отмечалось уже через 2 минуты, а смерть у блох наступала через 7 минут, а у вшей через 9 минут.

Втирание паранитротолуоловой мази животным и людям никакого вредного действия на почки и другие органы не оказывало. *Н. Полубояринов.*

**К вопросу о Физиологии и патологии тейлоризации
д-ра Шушанова.**

Вятский медицинский журнал № 9 и 10 1921 г.

Автор остановившись на переживаемом нами производственном кризисе, считает, что выход из него наиболее правильная тейлоризация труда, ибо эта система будет якорем нашего спасения и снимет с нас славян вековое проклятие тяжкодумства. А раз это так, то изучение значения тейлоризации в патологии и физиологии общества, по мнению автора, есть ближайшая задача врачебных сил, должным образом обставленных для тейлоризации самого врачебного обследования. *Н. Полубояринов.*

**О профилактике и лечении малярии.
Д-р Мандельштам.**

Тот же журнал.

Ознакомив с современным состоянием вопроса, автор приходит к выводу, что малярию следует рассматривать, как хроническую рецидивирующую болезнь, до некоторой степени аналогичную туберкулезу и сифилису. Общим правилом борьбы с ней является необходимость возможно раннего и основательного лечения хинином, а также правильная, систематическая профилактика. Наряду с хинином ценными лечебными средствами являются мышьяк и сальварсан. *Н. Полубояринов.*

**Об устройстве деревенских соляриев для туберкулезных больных.
Проф. Кисель.**

Тот же журнал.

Признавая особенно ценной наряду с туберкулинизацией и лечение туберкулезных больных солнцем, автор рекомендует широко пользоваться этим методом, особенно в настоящее время, ибо он очень доступен даже в сельской практике: открытая площадка возле лечебницы и широкая скамья для лежания больных. *Н. Полубояринов.*

Неврология и психиатрия.

И. И. Русецкий. Поражения нервной системы при сыпном тифе.

Казанский медицинский журнал, XVII 1921, № 1, стр. 42.

На основании более 150 случаев докладчик пытается систематизировать поражения нервной системы при сыпном тифе.

Дрожательно-паралитический синдром, заключающийся в распространенном треморе, в дизартрии без спотыкания на слогах и в стойкости гиперкинезов автор наблюдал в 24 случаях, т. е. в 15,6%.

Еще чаще им наблюдалась острая атаксия (в 36,4%).

Ритмическое дрожание наблюдалось в 11 случ. (7,2%).

Диефаго-афонический симптом, состоящий в расстройствах глотания и фо-
нании, автор наблюдал в 6 случаях (3,9%).

Гипертоническая форма, заключающаяся в повышении тонуса мышц с последовательными контрактурами и гиперкинезами, была в 13 сл. (8,4%).

Менингеальная форма наблюдалась в 18 случаях (11,7%). -

Паралитическая форма—в 21 случае, причем в 4 случаях был паралич нижних конечностей, в 2-х правосторонняя гемиплегия.

Коматозную форму автор наблюдал в 5 случаях. Сухожильные рефлексы были повышены в 21 случ., понижены в 40. Брюшные рефлексы зачастую угасают.

Поражение чувствительной сферы при сыпном тифе наблюдается очень часто, причем преобладает нарушение чувствительности центрального типа. Наиболее часто встречаются локализованные анальгезии, парестезии и анестезии в дистальном отделе нижних, реже верхних конечностей. Головные боли являются характерным симптомом сыпного тифа и наблюдаются в 80% случаев.

Понижение слуха наблюдалось автором в 50% случаев.

В 13 случаях было расстройство вкусовых ощущений.

Что касается вазомоторно-трофических расстройств, заключающихся в гиперемии кожи и слизистых оболочек, то они наблюдались в 70% случаев. В 10% они распространялись на всю поверхность тела.

В 11 случаях встречалась локализованная ишемия, Характерно для сыпного тифа нарушение нормального обмена веществ: вазомоторно-трофические расстройства вызывают крайнее истощение больного. Бывают по мнению автора пролежни не только при наличии известной триады: 1) вазомоторно-трофические расстройства, 2) давление и 3) инфекция, но и при условии одних вазомоторно-трофических расстройств без давления и инфекции—так напр., пролежни на передней поверхности бедра и голени.

Психическая сфера чаще всего поражается у лиц с переутомленной нервной системой и с дурной наследственностью (в случаях автора—у лиц интеллигентных в 25,7%, у неинтеллигентных—в 8,9%). Картина психического расстройства устанавливается с первого дня болезни.

Полная потеря сознания наступает в последние дни первой недели или в первые дни второй.

Различают три формы: 1) эретическую—с бредом, бессонницей, беспорядочными движениями, 2) коматозную—с депрессивными явлениями,—проходящую через стадии сонливости и сопора и 3) смешанную форму.

Особенно тяжела разновидность коматозной формы—невротоксическая,—при которой с первых дней имеется полная кома с депрессивными явлениями, с обильной геморрагической сыпью. Форма эта кончается обычно смертью.

Бред наблюдается приблизительно в 70% случаев. В 20% имелись амнестические симптомы, которые обычно ослабевают после болезни.

В. Штаркер.

В. Л. Яновский. Невралгии головы и их лечение при помощи выдавливания болезненных пунктов.

Научная медицина, Апрель-Май 1919 г.

Автор советует выдавливать болевые точки при невралгиях затылочного и тройничного нервов. Методика такова: фиксируют голову пациента (при невралгии тройничного нерва упирают затылок пациента о свою грудь, а при выдавливании затылочного—упирают лоб), левой конечностью обнимают сильно голову больного, и после этого указательный или большой палец правой руки прикладывают к болезненной точке и надавливают 10 раз на этот пункт в течение полу—или одной секунды, делая между каждым надавливанием перерыв около секунды и не снимая пальца с надавливаемой точки. В первые 4—6 дней это выдавливание весьма болезненно. После этого делают 2-х дневный перерыв. Таких шестидневных серий автор делает около шести в застарелых случаях; в более легких достаточно 4, но в свежих случаях можно, по мнению автора, вылечить и в два—четыре дня. В первые дни прибавляется аспирин с хинофином или кодеином.

В. Штаркер.

М. Ю. Эпштейн. О новом раннем признаке столбняка в связи с вопросом о лечении столбняка *ibidem*.

На основании лишь двух случаев столбняка, автор полагает, что нашел патогномонический продромальный признак этой болезни в виде повышенного рефлекса жевательных мышц, появляющегося на один-два дня раньше тризма. Оба случая окончились детально. Автор рекомендует впрыскивать противостолбнячную сыворотку тем больным, у которых наблюдается этот признак.

В. Штаркер.

Проф. В. П. Осипов. К вопросу о передаче наследственного расположения к душевным болезням.

Научная медицина—Апрель-Май 1919.

Теория Weissmann'a не объясняет вопроса о передаче наследственных свойств в потомстве. Теория Mendel'я удовлетворительно объясняет атактистическую и прямую наследственность: болезненные признаки, рассматриваемые, как регрессивные, проявляются с особой силой в ряде поколений или же они уступают место доминирующим здоровым свойствам, чтобы при благоприятных условиях вновь появиться. Что касается боковой наследственности, то термин „боковой“ автор считает неудачным, ибо болезненные свойства исходят от одного общего родоначальника, следовательно можно лишь говорить о боковом способе установления патологической наследственности. Что касается наследственности через влияние (когда напр. детям от второго брака матери, передаются свойства присущие первому браку), то такое влияние следует считать в науке опровергнутым.

Таким образом, правильно признавать лишь прямую наследственность, которая может передаваться непосредственно из поколения в поколение или через одно и большее число поколений (атактистическая форма).

Патологическая наследственность может устанавливаться двумя способами: прямым и боковым. Последний способ применяется при установлении атактистической наследственности, причем необходимо обращать внимание, не возникла ли патологическая наследственность в боковой линии посредством притока патологических влияний извне, не из родственной, а сторонней линии, ибо в последнем случае боковой способ утрачивает свою доказательность.

В. Штаркер.

В. П. Протопопов. Менструальные расстройства при маниакально-депрессивно психозе.

Ibidem.

Автор приводит таблицы появления менструаций в 29 случаях маниакально-депрессивного психоза: 14—в меланхолической фазе, 10—в маниакальной и 5 случаев в которых наблюдались обе фазы (*folie á double forme*), и приходит к выводу, что при меланхолических состояниях всегда нарушается правильность менструаций, причем в рецидивирующих формах меланхолии расстройства менструаций выражены сильнее при первых приступах, чем при последующих. При маниакальном состоянии расстройства эти менее постоянны, и лишь в тяжелых случаях наблюдается аменорея. Причиной менструальных расстройств автор считает нарушение деятельности яичников, а не упадок питания; последний представляет собою сопутствующее явление. Больные находились под наблюдением автора в период времени с 1914 по 1917 год.

В. Штаркер.

Отчеты о научных совещаниях врачей гор. Вологды.

Научное совещание врачей гор. Вологды 9 сентября 1921 г.

§ 1.

Председательствующий д-р Грегори сообщает об объединении научных совещаний врачей Губзд-рава и Рижского госпиталя и предлагает принять следующий регламент:

1. Докладчику для доклада, или доклада с демонстрацией, предоставляется не более 45 мин.
2. На демонстрацию не более 15 минут и столько же на заключительное слово докладчика.
3. Участникам прений предоставляется для первого выступления не более 5 минут, для второго не более 3-х минут.
4. Более двух раз в прениях по одному и тому же докладу никто выступать не может.
5. После заключительного слова докладчика никому более слова предоставлено быть не может.
6. Слово предоставляется желающим высказаться председателем совещания, который открывает и закрывает заседание научного совещания, ведет таковое согласно регламента и резюмирует прения.

§ 2.

Д-р Штаркер читает доклад „К казуистике спорадического кретинизма с демонстрацией больного“.

Коснувшись вопроса о влиянии желез с внутренней секрецией, в частности щитовидной железы на душевную жизнь человека, докладчик перешел к вопросу о зоботости, спорадическом и эндемическом кретинизме и патогенезе этих болезней. История болезни демонстрируемого больного в кратких чертах следующая: К. А. зырянин, 40 лет уроженец Устьсысольского уезда Северодвинской г. деревни Слобода. После ушиба на 10 году жизни (больного сбросили с полатей) появился зоб. 4 года тому назад удалена в Устьсысольске правая половина зоба. Настоящее состояние больного: длина тела равна 145 см. Череп окружностью 59 см, брахицефалический; прогнатизм, особенно резко заметный на рентгеновском снимке; диспропорция в строении костного скелета — чрезмерно короткие нижние конечности, широкие кости с короткими пальцами, напоминающие „лапу крота“. Характерная микседематозная отечность на лице и туловище. Коллоидный зоб на левой половине шеи, окружность которой равна 49 см. Кожа очень сухая, местами заметно отрубевидное шелушение. Ногти ломкие, волосы редкие, растительность на лице и под мышками ничтожная. Явления умеренной симпатикотонии, отсутствие реакции на пилокарпин и атропин. Со стороны нервной системы по временам судороги в икроножных мышцах, вялость кожных рефлексов, понижение электро-чувствительности и электропроводимости, гипалгезия, понижение слуха. Со стороны психики — значительная интеллектуальная отсталость и душевная тупость. Не ориентирован во времени и пространстве. Вял, неуклюж и апатичен. Умеет считать до 15-ти. Опрятен. Исследование крови обнаружило отрицательную реакцию Бассермана. Гемоглобина 60%, эритроцитов 5860000, лейкоцитов 2000, лимфоцитов 31%, полинуклеарных нейтрофилов 55%. Резко выраженное эозинофилия (70%).

В заключение докладчик указал на клинические особенности случая и на трудность дифференциации спорадического кретинизма от детской микседемы — разница заметна в более резком нарушении психических функций и в увеличении щитовидной железы. Кратковременное лечение тиреоидином принесло незначительную пользу.

Д-р Стрелов говорит, что зоботость, кроме отмеченных докладчиком мест наблюдается также около Иркутска. У демонстрируемого больного он нашел увеличение 4-й миндалины.

Д-р Левенталь отмечает наличие зобатых около Галича и интересуется характером зоба у данного больного.

Д-р Грегори спрашивает о проценте эозинофилии, исследовалась ли gl Thymus, каковая бывает обычно увеличенной при увеличении 4-ой миндалины, а также интересуется тем, что может дать в данном случае операция, и есть ли у больного только кретинизм, или мы имеем здесь и микседему.

Отвечая на заданные вопросы, докладчик полагает, что операцией можно улучшить дистиреоз, зоб он относит к коллоидным. Он допускает возможность увеличения gl Thymus, что действительно при увеличении 4-ой миндалины бывает, и как-бы указывает на некоторую связь этих желез.

§ 3.

Д-р Полубояринов читает доклад о „Верльгофовой болезни“, демонстрируя двух больных и для параллелизма одного больного с цынгой.

Ознакомив собрание с существующей классификацией форм геморрагического диатеза, теориями происхождения данной болезни, клиническим течением различных форм, патолого-анатомическими и гистологическими данными исследования, а также с дифференциальной диагностикой этой формы болезни от других подобных, докладчик остановился на трех случаях наблюдаемых им. Первый начавшийся картиной *peliosis rheumatica* дал в дальнейшем геморрагический нефрит, второй—наблюдаемый в госпитале с летальным исходом и аутопсией и третий—демонстрируемый им аудитории. Когда первый и второй протекали подостро, один при легких, а второй тяжелых явлениях, третий относится к тяжелой форме и дал видимо повторную картину болезни, так как такие же явления наблюдались у больной полтора, два года назад.

Первый случай не дает никаких указаний на неправильность питания и антигигиеничность жилища, второй имел и то и другое, в третьем достаточный по количеству питательной массы стол состоял летом в колонии из солонины, селедки, и воблы.

Д-ра Кубышкин, Алексеев, Рутштейн и Лилеев делятся своими наблюдениями случаев Верльгофовой болезни, причем последний допускает возможность связи между появлением цынги и Верльгофовой болезни.

Д-р Алексеева, наблюдавшая первую больную, считает, что в данном случае болезнь можно трактовать, как геморрагический нефрит.

Д-р Черкасов спрашивает была ли исследована кровь у больных ибс возможно, что мы имеем дело с лейкемией.

Д-р Пирошков полагает, что питание воблой и солониной не может считаться хорошим, а потому не понимает заявления докладчика о том, что он при таких условиях стол считает удовлетворительным.

Докладчик заявляет, что исследование крови по причинам технического характера произведено не было, а потому смешать с лейкемией и псевдолейкемией в данном случае конечно возможно. Второй случай патолого-анатомически подтверждает диагноз.

В первом случае предполагать Верльгофову болезнь позволяет наличие точечной сыпи на ногах, появившейся раньше кровавой мочи и сравнительно невысокая температура, которая при геморрагическом нефрите была бы вероятно значительно выше. Питание в санатории удовлетворительным он называет со слов больной, которая удовлетворительно понимает в смысле об'емности.

§ 4.

Д-р Грегори демонстрирует больную, раненую 30го мая с. г. пулей из Нагана. Входное отверстие в правой лобно-теменной области у срединной линии у начала роста волос, выходное на три пальца ниже угла нижней челюсти справа. Бессознательное состояние сейчас-же после ранения, пульс частый, малый до 130—140 ударов в минуту, кровотечение из уха справа и из правой половины носа. Через два дня сознание начинает проясняться, появляется жужжащий шум справа на шее, усиливающийся при систоле.

При операции *Debridement* входного отверстия. При обнажении на шее сосудистого пучка оказалось: а. *carot. com.* цела, целы *art. carot. ext. и int.* у места деления; при прижатии а. *carot. com.* а также а. *carot. int.* шум пропадает, при прижатии а. *carot. ext.* шум остается. Перевязка а. *carot. int.* у больной в настоящее время наблюдается слабо выраженный парез периферический справа: лицевого, глазо-двигательного, блуждающего и чувств. ветви тройничного нерва. Чувствует себя больная удовлетворительно. Интерес этого случая в редкости столь благоприятного исхода вертикального ранения черепа, в комбинации парезов нервов глазо-двигательного и лицевого, из которых один опускает, другой поднимает верхнее веко и в тяжелых явлениях после ранения; бессознательное состояние, малый и частый пульс давали *prognosis pessima*; по дальнейшему течению нужно предполагать, что частый и малый пульс должен быть отнесен не на счет паралича п. *vagi*, а на счет может быть раздражения симпатической нервной системы, заложенной в стенке поврежденного крупного артериального ствола, повреждение коего обнаружилось через два дня после ранения.

Содокладчик В. А. Штаркер, исследовавший нервную систему больной нашел периферическое поражение тройничного, лицевого и блуждающего нервов. Глазодвигательный нерв восстановился до нормы. Содокладчик остановился на клинических особенностях данного случая, в котором ранены антагонистически действующие нервы (лицевой, иннервирующий замыкатель глаза и глазо-двигательный, иннервирующий мышцу, поднимающую веко). Попутно коснулся учения профессора Минора о так называемых комбиназах и их роли в клиническом течении болезней.

Председатель Грегори.

Секретарь Полубояринов

Научное Сопещание врачей Володы 23 сентября 1921 года.

§.

Д-р Нейман. Об эхиноккоке костей.

Указав на редкость страдания и изложив литературу вопроса, докладчик перешел к описанию своего случая, касающегося 36 летн. педагога. Болезнь началась лет десять тому назад с боли и припухлости в правом коленном суставе, которая стала постепенно распространяться по голени. В августе 1921 года пациент стер ногу; образовался нарыв, из которого вылилась кашицеобразная масса, содержащая немного светлой жидкости и большое количество осумковавшихся пузырей, похожих на зерна саго и содержащих сколексы.

Докладчик обращает внимание на трудность диагностирования ранних случаев болезни. По его мнению, метод Гедини-Крейцер, аналогичный реакции Вассермана, в этом отношении может приобрести большое значение. Не лишено значения исследование крови на эозинофилию и пунктата пузырей на присутствие холестеарина.

Д-р Полубояринов приводит статистику Алексинского, по которой на 1950 случ. экиноккока 37 случ. приходилось на коленные суставы.

Д-р Прибытков указывает, что узурь кости без новообразования могли дать некоторую опору для диагноза.

Докладчик: диагноз можно поставить путем исключения; облегчить распознавание может серодиагностика.

Председатель указал на значение серодиагностики и кристаллов холестеарина и на казуистический интерес случая.

§ 2.

Д-р Полубояринов продемонстрировал больную с геморрагической сыпью.

§ 3.

Д-р Прибытков. Гипс или вытяжение.

Гипс и вытяжение являются основными методами лечения переломов. Докладчик является сторонником гипса в руках практического врача, ибо, если следовать законам природы, дающей в первые же часы после перелома спайку между отломками, при небольшом смещении, то надо признать, что неподвижная повязка наиболее целесообразна в деле лечения и ухода за больными. Преимущество вытяжения в возможности физиологического положения, но не специалисту трудно разобраться в лучшем способе вытяжения (двойн. наклонная плоскость, индивидуализация груза определение угла, под которым производится вытяжение).

Д-р Левенталь сторонник вытяжения, ибо гипсовая повязка, однажды наложенная, не даст возможности судить о правильном стоянии отломков.

Д-р Черкасов: отсутствие гипса в гражданских больницах лишает возможности применять этот ценный метод, которому он отдает предпочтение перед вытяжением. Следует считаться с активным состоянием больного. Он применяет в начале небольшие тяжести.

Докладчик является сторонником вытяжения при переломах большой давности. Груз должен действовать при вытяжении на нижний отломок.

Председатель отмечает, что в умелых руках, оба метода ценны. Увлечение вытяжением происходит. В клинике Bardenheuer'a применяются большие грузы до двух пудов. Сторонником гипса в России является проф. Турнер, а вытяжения—Д-р Вегенер в Харькове. Необходима индивидуализация, при Дюпюитреновских переломах необходим гипс, при переломах верхней трети бедра нельзя обычно обойтись без вытяжения.

§ 4.

Д-р Кубышкин. К вопросу о лечении дизентерии.

В то время, как обычно лечат дизентерию вяжущими и наркотическими средствами, а также строгой диетой, докладчик лечит эту болезнь слабительными средними солями и обильно кормит больных. Дизентерию следует лечить, по мнению докладчика, как всякую заразную болезнь, имеющую кризис на 3—5 день, или 10—14 в средних случаях. Местное лечение докладчик проводит обычное. Не следует давать внутрь вяжущих, наркотических и дезинфицирующих средств.

Д-ра Радкевич и Нейман отмечают, что метод лечения дизентерии средними солями не нов.

Д-р Полубояринов указывает на целесообразность применения клизм, ибо организм теряет много жидкости, и на применение ипекакуанны.

Д-р Черкасов советует прибавлять к средним солям белладонну.

Докладчик считает применение средних солей общеизвестным; новым является то, что он кормит больных вволю. Ипекакуанна дается при амёбной форме.

Председатель указывает, что в случаях докладчика больные все время получают средние соли, в то время, как при обычном способе лечения, слабительные дается лишь в первые дни болезни.

Председатель Грегори.

Секретарь Штаркер.

Научное Собрание врачей Володы 7 октября 1921 года.

§ 1.

Полубояриновым оглашается протокол заседания 9 сентября.

§ 2.

К. Н. Михайлов читает доклад „К вопросу о новообразованиях почек преимущественно типа гипернефром“.

После доклада демонстрирует макро и микро-скопические препараты опухолей, упомянутых в докладе.

Полубояринов. Прослежен ли больной после операции? Почему метастазы в костной системе?

Грегори. Была ли гематурия? Производилось ли исследование крови?

Михайлов—Гематурии не было. Исследование крови производилось.

Грегори. Опыт мой касается 3-х случаев. В одном случае была резкая эозинофилия. Больной погиб и на вскрытии обнаружено много метастазов в костной системе. 2-й случай из клиники Федорова, оказавшийся неоперабельным с обширными метастазами в брыжейке. В 3-м случае также

сказались метастазы в костной системе. В заключение он признает значение доклада по количеству случаев, по прекрасным препаратам и по освещению вопроса с точки зрения гистогенеза.

§ 2.

Содман сообщает о *Mykosis fungoides* и показывает больную. Заболевание это многими рассматривается как саркоматоз кожи, в течение его различают 3 стадии: эритематозной, гипертрофической, распадение узлов. Нередко узлы в коже рассасываются. У пред'явленной больной можно в настоящее время проследить все 3 стадии. Она больна 4 года. У нея были узлы на предплечьях и на бедре, которые исчезли. Лечение состояло из ин'екции арсенобензола.

Кубышкин. Почему не проводилось длительное лечение мышьяком; он проводит лечение кахидоловокислым Na, ин'екциями до 5 раз в день.

Мокровский. Неясна картина заболевания. С одной стороны рассматривается она как саркоматоз кожи, с другой стороны говорится об исчезновении узлов. Раз саркома, то она по своей сущности должна бы не исчезать, а прогрессировать.

Грегори. Было ли произведено исследование селезенки и крови? У больных с подобным заболеванием находили метастазы в селезенке.

Содман. Неоднократное вливание арсенобензола не дало заметного результата, а это применение мышьяка гораздо энергичнее кахидоловокислого натра. Исследование селезенки уклонения не обнаружило. Исследования крови не было.

§ 3.

Фалин делает внеочередное заявление по поводу того, что 13 октября наступает сто лет со дня рождения Рудольфа Вирхова. Он предлагает отметить этот день торжественным заседанием, осведомить о наступлении юбилея центр и приветствовать германский врачебный мир.

Предложение для разработки передается в бюро врачебной секции.

§ 4.

Горталов делает сообщение о заболевании круглой язвой желудка с пред'явлением препарата от умершего, вследствие разрушения крупной артерии. Докладчик подчеркивает все возрастающее количество заболеваний круглой язвой за последние годы и объясняет это большим участием в этом заболевании нервной системы, расшатанной благодаря переживаниям за годы войны и революции.

Пирошков указывает на противоречие в докладе, с одной стороны отмечающем учащение заболевания в крестьянской массе, с другой приписывающем в происхождении заболевания значительную роль нервной системе.

Полубояринов соглашается с докладчиком о значении нервной системы.

Кадников. Указывает на значение лечения нервной системы и признает хирургическое лечение не всегда достигающим цели.

Ржевская указывает на недостаточную разработку сообщаемого случая в диагностическом отношении.

Горталов возражает Пирошкову указывая, что деревне за последние годы приходится нервничать пожалуй больше города что заболевают в настоящее время, в противоположность с прежним чаще мужчины чем женщины. Травматическая этиология не встречает подтверждения в том, что деревня питается в настоящее время не хуже чем раньше, а заболевает язвой чаще, чем город, питающийся в настоящее время хуже деревни.

Грегори сообщает, что несколько месяцев назад он присутствовал на заседании в Петрограде Хир. Общества, где Греков сообщал о заболевании аппендицитом и круглой язвой. Мнение большинства на том заседании склонялось к большой роли нервной системы в развитии язвы. Следующий доклад укажет на значении *vagotonia* в развитии язвы и диагностике язвы. Нередко кислотность бывает понижена. Лечение атропином, большими дозами. *Bi* (10, она прием) оказывает иногда магическое действие. Необходимо комбинированное лечение; важно исследование химизма желудочного сока после операции.

§ 5.

В. А. Штаркер. О ваго и симпатикотонии.

Указав на заслуги английских врачей Лангley и Гаскеля в деле изучения вегетативной нервной системы, докладчик изложил анатомио-физиологические и гистологические особенности автономной и симпатической нервной системы и перешел к учению *Eppinger'a* и *Hessa* о т. н. *ваго*—и симпатикотонии. Докладчик производил исследование над девятью стационарными больными, из коих пятеро с разнообразными нервными заболеваниями, а четверо с клиническим диагнозом язвы желудка. Докладчик впрыскивал по одному грамму однопроцентного раствора пилокарпина и 1:1000 раствора адреналина и атропина. До и после впрыскивания измерялось кровяное давление отмечался пульс и дыхание и изучались секреторные функции. Докладчик нашел в четырех случаях язвы желудка ваготонию и наблюдал диссоциацию в действии атропина и пилокарпина. В других случаях он находил комбинацию умеренно выраженной ваго и симпатикотонии. Эти явления, частично отступающие от учения *Eppinger'a* и *Hessa*, докладчик объясняет разницей в степени возбудимости и истощаемости отдельных отрезков вегетативной нервной системы. Не делая пока широких обобщающих выводов, докладчик видит в новом учении обогащение методов клинического исследования и терапии, а в некоторых случаях язвы желудка—проявление ваготонической конституции.

Орлов указывает, что в опытах пилокарпин применялся в дозе в 10 раз более сильной, чем атропин. Хорошее действие атропина на ваготоников объясняет результат лечения язв по способу Плетнева.

Штаркер. Доза пилокарпина давалась соответственно требованиям фармакопеи т. е. в 10 раз сильнее атропина.

§ 6.

Рождественский делает сообщение: актиномикоз шеи.

Демонстрирует больного, высказывается за комбинированное лечение иодистым калием и операцией.

Грегори указывает на редкость заболевания, сообщает о своих трех случаях актиномикоза и высказывает пожелание видеть больного после лечения.

Председатель Грегори.

Секретарь Мокровский.

Заседание 25 ноября 1920 года.

Доктора Рождественский и Цветков демонстрируют двух больных актиномикозом, леченных иодистым калием с хорошим результатом.

Доктор В. А. Штаркер. О двигательной и оптической афазии с демонстрацией больных.

В вступлении докладчик изложил современное учение об афазии. Остановившись подробнее на двигательной афазии и указав на спорные пункты в учении об афазии Брока, в частности на учение Pierre Marie, докладчик перешел к оптической афазии и иллюстрировал обе формы демонстрацией двух больных с люэсом в анамнезе и с положительной реакцией Wassermann'a. В одном случае афазия Брока появилась три, в случае оптической афазии последняя появилась четыре года спустя после первичного склероза. В первом случае специфическое лечение дало лишь ничтожные результаты, в случае оптической афазии результаты получились вполне удовлетворительные. Случаи эти подтверждают положение Fournier, что афазия в молодом возрасте при отсутствии явлений со стороны сердца и почек заставляет подозревать сифилис мозга.

Докладчик находит, что случаи двигательной афазии встречаются иногда клинически в чистом виде, и что классическое учение об афазии Брока еще нельзя считать пока опровергнутым.

Доктор В. В. Лебедев. Отчет о ходе эпидемических заболеваний за ноябрь месяц.

Ноябрь 1921 года для Вологды по развитию остро-заразных заболеваний, в частности так называемых „вшивых тифов“ является одним из тяжелых.

Среднее ежедневное поступление остро-заразных больных в госпиталь за ноябрь выражается цифрой 9. Для сравнения приведу цифры предыдущих месяцев, октябрь 6, сентябрь 3.

По отдельным формам остро-заразных заболеваний госпитализированные распределяются так:

	А. 1921 г.			Б. 1920 г.				1919 г.			
	Ноябр.	Октябр.	Сентяб.	Декабр.	Ноябр.	Октябр.	Сентяб.	Декабр.	Ноябр.	Октябр.	Сентяб.
1. Сыпной тиф	109	48	12	59	43	31	13	367	294	171	41
2. Возвратный тиф	134	74	40	17	10	4	—	26	98	172	81
3 Брюшной тиф	10	22	11	23	19	68	20	4	15	49	21
4. Оспа натуральн.	—	3	8	11	18	5	2	17	6	8	8
5. Дизентерия	4	14	—	—	7	10	14	—	—	4	51
6. Скарлатина	6	18	16	20	40	13	22	7	6	17	10
7. Дифтерия	4	2	—	10	7	12	6	6	5	4	3
8. Рожа	15	14	5	18	16	22	9	16	6	10	7
Всего	282	195	192	158	160	170	86	442	430	435	222
Средн. ежедневн.	9	6	3	5	5,5	5,6	2,5	14,5	14	14	7

Председатель Грегори.

Секретарь Штаркер.

Заседание 9-10 декабря 1921 г.

Д-р П. П. Мокровский. Болезнь Банти и хирургическое лечение ее.

Болезнь Банти постепенно утрачивает значение нозологической единицы вследствие неопределенности своей этиологии, неясности клинической картины и отсутствия специфичности патолого-анатомических изменений. Однако она сыграла крупную роль в выяснении патологии селезенки.

Видимо, ее следует отнести к группе заболеваний крови, вызывающих в селезенке явления эритрофагии с последующим поражением продуктами этой эритрофагии печени.

Современные работы подтверждают крупную роль селезенки, вообще в появлении циррозов печени. Селезенка, как очаг этой вредной для организма эритрофагии, может быть с большой пользой для всего организма удалена.

Докладчик сообщает 8 случаев удаления селезенки при симптомокомплексе именуемом болезнью Банти. Все случаи оперировались в Вологодской Губернской больнице.

Смертный исход последовал в 3-х случаях. Благоприятный результат операции прослежен в одном случае в течении $2\frac{1}{2}$ лет после операции. Сообщаются патолого-анатомические данные удаленных селезенки и данные исследования крови до и после удаления селезенки.

Д-р Полубояринов задает вопрос о состоянии кожных покровов при этой болезни.

Д-р Грегори интересуется вопросом, чем вызвано кровотечение во втором случае.

Д-р Штаркер спрашивает докладчика, почему спленэктомия целесообразна при болезни Банти, в то время как при хронической малярии и при так наз. anaemia splenica она не применяется.

Д-р Левенталь задает вопрос о том, наблюдались ли в случаях докладчика явления эритрофагии.

Докладчик дал ответы на заданные вопросы и указал, что и при хронической малярии вылушивание селезенки также показано и применяется.

Д-р А. Н. Орлов. К вопросу о застарелых выворотах матки и хирургическом их лечении.

Застарелые вывороты матки принадлежат к числу редчайших заболеваний женской половой сферы. Наблюдения докладчика касаются трех случаев полного выворота матки в зависимости от наличия подслизистых фибриом; из них два случая уже описаны Е. Н. Смирновой в Юбил. сборн., посвящ. д-ру С. Ф. Горталову. В третьем случае опухоль фибриомы, растущей из дна вывернутой матки, превосходит размерами величину головы взрослого человека; болезнь длилась 17 лет. Во всех трех случаях—полное излечение после оперативного удаления матки с опухолью. Возраст больных 49, 50 и 47 лет. Механизм выворота, по мнению докладчика, следующий: предрасполагающим моментом является атония мышечной стенки матки, преимущественно в области ее дна, в зависимости от локализации растущей здесь опухоли или же от прикрепления здесь детского места; в послеродовых случаях выворот является последствием приложения неприсущей для родового акта силы или же извращения обычных родовых сил; в случаях онкогенетических причиной является вес и раздражение опухоли в связи с повышением брюшного пресса. Оперативное лечение (Операция Küstner Piccoli) наиболее целесообразна при застарелых выворотах матки.

Д-р Черкасов приводит один случай выворота матки, который он наблюдал в Вологде.

На дне матки был полип. Он вскрыл задний свод и, сделав насечки на задней стенке, вправил матку, удалив предварительно опухоль.

Д-р Мокровский указывает на сращения которые могут произойти при подобном положении.

Д-р Королев спрашивает докладчика о неполных выворотах матки, бывающих после родов.

Докладчик дает ответы на заданные вопросы и указывает, что острые неполные вывороты вправляются легко и часто сами по себе.

Председатель указал на редкость и интерес случаев докладчика.

Д-р А. Н. Алаев. К казуистике патолого-анатомических изменений кишечника при дизентерии.

Изменения эти распространяются на весь желудочно-кишечный тракт. Докладчик приводит 20 наблюдений.

Д-р Михайлов.—О круглой язве желудка.

Докладчик продемонстрировал 28 патолого-анатомических препаратов круглой язвы желудка.

Председатель указал на интерес множественных язв, на злободневность вопроса и на характерную особенность локализации язв в области привратника и малой кривизны желудка.

Председатель Грегори.

Секретарь Штаркер.