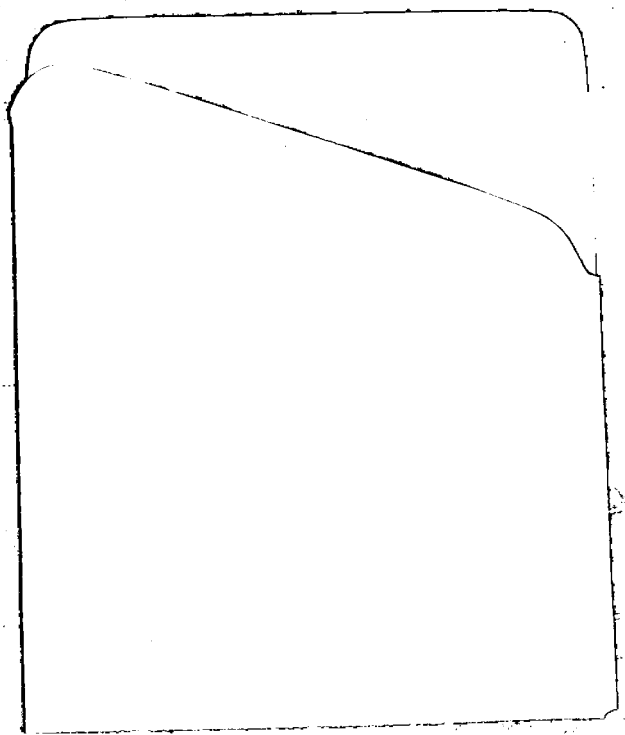


143965

кр





ВОЛОГДСКАЯ НАУЧНАЯ АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ
при врачебной секции Губотдела Медсантруд

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ И КРАТКИЕ РЕФЕРАТЫ ДОКЛАДОВ

1928 г.

г. Вологда

Выход в свет разрешается

Фердинанд Шорень
29 IV 1930 г.

ВОЛОГДА
1930

Вологодская губернская
Центральная Ассоциация

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ И КРАТКИЕ РЕФЕРАТЫ ДОКЛАДОВ В ВОЛОГОДСКОЙ НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ

Заседание I. 18 февраля.

ДОКЛАД № 1. Д-р Крюковской И. Г. К вопросу о Spina bifida cystica (с демонстрацией больного). (См. прилож.).

Докладчик демонстрировал очень редкий случай опухоли у двухмесячного мальчика в крестцово-ягодичной области. Кистозная опухоль величиною с голову годовалого ребенка, удаленная оперативным путем, оказалась исходящей из расщелины крестцовых позвонков и была совершенно отшнурована от спинного мозга. Из ее полости выпущено около 600 см³ желтоватой жидкости.

143963

На вопрос д-ра Рутштейна докладчик ответил, что рецидива не будет, так как опухоль была вполне отшнурована от спинно-мозгового канала. На вопрос д-ра Орлова докладчик сообщает, что опухоль после рождения ребенка несколько увеличилась, по его мнению, за счет скопления в ней экссудата.

Д-ру Лебедеву А. В. докладчик поясняет, что характер полученной при пункции жидкости указывал, что она ничего общего со спинно-мозговой жидкостью не имеет.

ПРЕНИЯ. Д-р Сергиевский отметил важную роль рентгенографии для диагностики Spinae bifidae occultaе, частоту ее находки, что дало повод некоторым считать это не патологией, а вариантом нормы.—Д-р Кистер, дополняя клиническую картину описываемого случая, говорит, что в данном случае сообщения между кистой и мозговыми оболочками не было, что подтверждается тем, что давление на опухоль не повышало давления в родничках. При пробном проколе получена желтоватая, цвета бульона жидкость, говорившая за то, что это не спинномозговая жидкость, поэтому мы и решились на удаление 600 см³ жидкости, после чего удалось прощупать бугры, болезненные к давлению. При операции опухоль оказалась исходящей из передней поверхности крестца, но при ощупывании места отхождения опухоли во время операции найти отверстие в крестце не удалось. По поводу оперативной техники напоминает свой случай, оперированный с успехом, где дефект в поясничной части позвоночника был легко закрыт пластинкой из tibiae.—Докладчик в заключительном слове, отвечая на возражения, говорит, что, стоя на точке зрения первичного эмбрионального недоразвития спинного мозга и костяка, все-таки нельзя пройти мимо последних работ анатомов и рентгенологов. углубивших вопрос о происхождении Spinae bifidae, находивших ее там, где она клинически не проявлялась, и где дефекты нужно скорее рассматривать как анатомические варианты, а не считать патологическим явлением. Реклинггаузен, усматривающий в основе происхождения Spinae bifidae эмбриональное расстройство развития, говорит, что уродства и варианты незаметно переходят друг в друга.

Орлов А. Н. Заключительное слово председателя. Демонстрируемый докладчиком случай представляется очень редким и интересным не только в казуистическом отношении, но и в отношении не совсем ясной этиологии подобных заболеваний. Выдвинутое за последнее время анатомами-морфологами учение о типах и различных вариантах анатомического строения организма подало повод рентгенологам, опираясь на большую частоту *Spinae bifidae occultaе*, считать расщепление дужек позвоночника одним из вариантов нормы, а не патологическим явлением. Для выяснения же причин этого заболевания, так же, как и для объяснения происхождения анатомических вариантов, необходимо под статистику морфологического учения о вариантах подвести динамику функциональных отправления; тогда станет ясно, что анатомические варианты строения организма зависят не только от приспособляемости к изменившимся функциональным условиям, но в гораздо большей степени они находятся в зависимости от патологического нарушения функциональной деятельности и расстройства взаимной координации отдельных органов. С этой точки зрения варианты нормы есть лишь первая степень проявления болезни; в подтверждение этой мысли укажу на демонстрируемое вам сейчас заболевание, с ясной патологической картиной, в происхождении которого лежит первичное расщепление крестцовых позвонков, как и при *Spina bifida occulta*, которая клинически может ничем не проявляться. Мы вполне разделяем мнение Реклингаузена, что в основе *Spinae bifidae* лежит эмбриональное недоразвитие дужек позвонков, которое может быть обусловлено эмбриональными патологическими процессами в позвоночнике и спинном мозгу, подобно тому как эмбриональный перитонит обуславливает нарушение правильности развития брюшных органов.

ДОКЛАД № 2. Мягков А. И. Диагностическое значение некоторых химических компонентов крови.

Д-р Михайлов считает главной целью доклада ознакомление врачей с микрометодикой исследования главнейших компонентов крови, чему в настоящее время придается огромное значение как в русских, так и зарубежных, особенно германских клиниках. Он надеется, что доклад облегчит возможность практическим врачам Вологды пользоваться этими исследованиями в своей практике, в чем лаборатория всегда охотно пойдет им навстречу. Попутно он рассказывает о тех затруднениях, с какими удалось получить из Германии все эти ценные приборы.

Заседание II. 25 февраля.

ДОКЛАД № 3. Д-р Лебедев В. В. К вопросу о питьевом водоснабжении Сухонских рабочих поселков в связи с загрязнением реки Сухоны сточными водами целлюлозно-бумажных предприятий. (См. приложение).

Докладчик на предложенные вопросы дал следующие разъяснения. Д-ру Лилееву: отделить фекалии от сточных вод производства можно и должно, перейдя на вывозную систему или на биологическую очистку; санитарная оценка воды делается не по одному какому-либо признаку, а по совокупности их. Она должна удовлетворять трем безусловным признакам — вкусу, цвету и запаху и ряду условных содержаний органических веществ и пр. Сухонская вода не удовлетворяет самым минимальным требованиям, которые предъявляются к питьевой воде. Это не вода, а питательная среда для всевозможных бактерий.—

Д-ру Левитскому говорит, что на ряде фабрик до некоторой степени делается или заставляют делать очистку сточных вод производства, с целью главным образом забрать взвешенные вещества и волокна. На Балахнинских фабриках приходится строить некоторые очистительные сооружения. Растворенные же части древесины не чистят, так как подобных приборов не существует, их нужно только соответственно развести. Васт. соли дают и сточные воды производства, так как рабочие в эти же трубы отправляют свои естественные надобности. Доказать негодность настоящей воды для питья удалось.

В прениях санитарный врач Сухонского района **Фалин А. В.** сообщает, что сухонские рабочие и общественные организации давно уже занимались обсуждением этого вопроса, для них ясна и бесспорна негодность для питья воды из реки Сухоны, и они ждут реальных результатов по пути улучшения водоснабжения. Давно уже идет спор, кто должен отпустить те большие средства, которые необходимы, чтобы сдвинуть этот вопрос с мертвой точки. Управление фабрики до последнего времени не считает себя обязанным нести расходы по переустройству водоснабжения. Заведующий райздравом Кудрин был в Москве с докладом перед центральными органами по вопросу о водоснабжении фабричного поселка. По возвращении из Москвы, заведующий райздравом делал доклад в президиуме Свердловского горсовета по вопросу о водоснабжении, и последний постановил обязать управление фабрик представить проект очистки фекалий и хозяйственных вод. На днях состоялось заседание управления фабрик с представителем Центробумтреста по вопросу о водоснабжении, протокол которого д-р **Фалин** зачитывает, и из которого видно, что заводоуправление уклоняется от прямого ответа, примет ли оно какие-либо меры к улучшению водоснабжения. Горсовет же постановил передать дело в суд в случае уклонения фабрик от мероприятий в этом направлении.—Д-р **Лилеев Н. И.** считает, что если бы вода на 5 км выше фабрики была пригодна для питья, то тогда вопрос о виновности фабрик в загрязнении воды можно бы считать решенным. Заводоуправление фабрик не обязано заботиться о водоснабжении рабочих. Санитарная часть должна сильнее и чаще заострять вопрос о виновности фабрик в загрязнении вод. Администрация фабрики дает фонд на улучшение быта рабочих и может поэтому считать себя до некоторой степени свободной от забот о водоснабжении.—Д-р **Левитский А. А.:** Фабрикам нужно доказать их вину и дать практические указания по улучшению водоснабжения, тогда они, может быть, и пойдут навстречу. Д-р **Фалин А. В.** говорит, что вопрос о водоснабжении долго и много освещался перед рабочими, и им уже надоело об этом слушать. Они ждут практических мероприятий по улучшению водоснабжения.

Д-р **Орлов**, резюмируя прения, говорит, что вопрос о водоснабжении Сухонского поселка большой и трудный. Первый этап в этом вопросе все же пройден. Виновник загрязнения воды обнаружен. Он предлагает от Научной ассоциации выделить комиссию, которая следила бы и помогала проведению этого вопроса в жизнь. Санитарная организация должна осведомлять Научную ассоциацию о всех возникающих препятствиях к практическому проведению в жизнь этого вопроса. От Научной ассоциации в состав комиссии выделены д-ра **Лебедев В. В.**, **Шайтанов**, **Фалин**, **Левитский А. А.**, **Воскресенский**, **Лилеев** и предоставлено комиссии право кооптации нужных лиц из среды инженеров и других специалистов.

Заседание III. 1 марта.

ДОКЛАД № 4. Д-р Розовский Д. В. демонстрирует редкий случай *Akanthosis nigricans*. (Автореферат не доставлен).

По мнению докладчика, данное заболевание и адиссонова болезнь имеют общую этиологию, клиническая же разница есть: при адиссоновой болезни пигментация носит разлитой характер, здесь же—гнездный. При адиссоновой болезни нет тех сосочковых разрастаний на коже, какие мы имеем в данном случае. Прогноз относительно выздоровления—плохой.

В прениях д-р Михайлов изложил патолого-анатомическое различие между адиссоновой болезнью и *Akanthosis nigricans*, отмечая при этом, что при адиссоновой болезни нет гиперкератоза рогового слоя, в то время как при *Akanthosis nigricans* роговой слой эпидермиса в три-четыре раза толще всех остальных слоев. В демонстрируемом случае заболевание кожи с гипертрофией сосочкового слоя. У таких больных часто отмечается задержка моторной функции желудка, резкие изменения крови в связи с нарушением кроветворения. Продукция костного мозга усилена, и в кровь поступают не вполне зрелые формы эритроцитов. Изменения крови вызываются заболеванием надпочечников.—Д-р Содман отмечает редкость заболевания,—за 25 лет он видит подобное заболевание первый раз. Мы не знаем точно этиологии заболевания: обычно при адиссоновой болезни поражен весь надпочечник, а здесь—часть его. При адиссоновой болезни обычный исход—exitus—здесь не обязателен *).

ДОКЛАД № 5. Д-р Глубоковский Н. П. демонстрирует больного с саркомой бедра. (Автореферат не доставлен).

Д-р Глубоковский, отвечая на вопросы, говорит, что ушиб бедра был после начала заболевания. Реакция Goldsol в данном случае не была сделана. Рентгеновский же снимок был сделан. Д-р Цветков считает операцию не показанной, раз имеется опухоль в мозгу и метастаз в бедре. Д-р Михайлов советует воспользоваться реакцией Goldsol, позволяющей диагностировать опухоль самого мозга от опухоли оболочек. Д-р Булкин обращает внимание на слишком быстрое развитие пареза после начала заболевания и быстрое развитие опухоли на бедре. Учитывая картину болезни и как-будто намечающееся улучшение, он допускает возможность наличия у больного воспалительного, может быть туберкулезного процесса. Д-р Глубоковский в заключительном слове говорит, что он не ставит категорически диагноза, а, считая случай сложным, предлагает его вниманию товарищей. Председательствующий д-р Орлов считает случай интересным и запутанным. На последнем снимке саркома бедра ясна. Саркома первично развивается обычно в кости, а в мягких тканях—вторично.

ДОКЛАД № 6. Д-р А. Н. Орлов демонстрирует больную Смирнову с множественными метастазами в плечевой кости и костях черепа, развившимися после повторного выскабливания матки с подслизистой саркомой, ошибочно принятой за неполный выкидыш в участковой больнице.

Отвечая на заданные вопросы, докладчик говорит, что в литературе он не встречал указаний на подобное распространение метастазов из опухоли матки в кости. Абразия могла быть толчком к быстрому росту опухоли и метастазам. Температуру 6-ной он объясняет септическими

*) *Прим. ред.* По имеющимся сведениям, больной выписался и через две недели умер дома, почему вскрытия произведено не было.

налетами на опухоли. Боли в плече развились при поступлении б-ной в больницу до операции, на наших глазах. Сначала было сделано предположение о септическом заболевании плечевого сустава, после же падения температуры явилась мысль об опухоли, что было подтверждено рентгеном. В виду сбивчивости анамнеза трудно сказать, сколько времени назад появились метастазы, но со времени первого выскабливания в участковой больнице до поступления в гинекологическое отделение прошло около 6 недель, когда болезненные явления в плечевом суставе уже были ясно выражены. В ногах никаких изменений пока не отмечается. Быстрота роста опухоли объясняется полиморфизмом составных ее элементов и исходным пунктом из костного мозга. Случай интересен необычным распространением метастазов из матки в костную систему и наглядно показывает, как внимательно и осторожно нужно ставить показания для такой, казалось бы, простой операции, как выскабливание матки.

Заседание IV. 24 марта.

ДОКЛАД № 7. Д-р Кадников П. А. Перспективы работы Тотемского курорта на предстоящий сезон.

Отвечая на заданные вопросы, докладчик говорит, что главным контингентом больных в Тотьме были ревматики, больные ишиасом и женщины с воспалительным заболеванием тазовых органов. Последняя группа заболеваний дала наилучший лечебный эффект. В двух случаях результат лечения был проведен после операции. На курорт попадали неврастеники, но для них более подходящим является Корнильевский курорт при лучшем устройстве как самих ваннх зданий, так и квартир. Калорийность пайка для больных точно не была подсчитана, приблизительно она была около 3000 калорий. Культурная обстановка на курорте сравнительно благоприятная: кино, музей, библиотека. Специальных развлечений для курортников не было. Содержание глауберовой соли в тотемской воде в два раза меньше, чем в баталинской. Бальнеологов-специалистов на курорте не было. Среди больных на курорте около 30% было из других губерний. Месячный срок был ошибкой отборочной комиссии. При проведении лечения и назначении частоты и характера тех или иных процедур приходится учитывать силы больного, напряженность кровеносной системы и общее состояние. Больше трех ванн под ряд для большинства больных мы не решались назначать. С Леденгского курорта почти все больные возвращались с глухими тонами, у возвращающихся из Тотьмы этого не отмечалось. Количество массажей в день было в среднем около 5, отсюда и установлен штат в одну массажистку. В общежитии предполагаются комнаты на 8 человек и на 3 человека. Частные комнаты во время сезона найти можно по цене от 30 до 40 рублей с содержанием. В виду частой смены врачей, научных наблюдений во время лечения вести было невозможно. Учет результатов лечения был проведен. С устройством Тотемского курорта Леденгский заглохнуть не должен. Соленосный слой здесь тот же, что и в Тотьме, и та же глубина скважины.

ПРЕНИЯ. Д-р Шайтанов Н. И. (автореферат). В виду разнообразия проявления болезненных процессов, неодинакового действия процедур на больного, а с другой стороны недостаточного изучения воды необходим серьезный подход к лечению, а потому считаю необходимым приглашение врачом курорта специалиста-бальнеолога, а не первого свободного врача, как это думает докладчик. Необходимо продумать вопрос о приглашении сестер-массажисток, ставя вопрос на увеличение и расширение курорта. Полагаю, что одной массажистки будет недостаточно, ибо непредоставление своевременно массажа может отрицательно отразиться на исходе болезненного процесса.—**Д-р Розовский** (автореферат). Необходимо иметь на курорте образованных врачей бальнеологов, клиницистов для накопления научного материала.—**Д-р Лебедев В. В.** видел на курорте свет и тени. Свет—район изобилует естественными богатствами, подчас неожиданно обнаруживаемыми; рассол в неиссякаемых количествах, концентрация его может быть повышена; солевые и газообразные отложения около скважины превращают почву в целебную грязь, которую оценили даже животные своим инстинктом; природа прекрасная, город коттэджей, город цветов, красивая река; доступность курорта в материальном и квартирном отношении. Тени—их много: отсутствие руководства сверху, надзора и инструктирования; отсутствие юридического хозяина и на этой почве противоречия распоряджений различных организаций (губздрава, уздрава и др.); передача в аренду питания больных (нарушение режима); отсутствие плана работы (чехарда врачей); санитарный врач работает на ваннах, что является небрежностью к больным. Тени значительные в организационном неустойстве. Дело стоит внимания, так как курорту, может быть, предстоит общесоюзное значение.

Заключительное слово докладчика **д-ра Кадникова**: Цифра массажей взята не с потолка, а выявлена на основании опыта; одна массажистка может провести до 12 массажей в день, частных и общих. Бальнеолог необходим; в сметах предусмотрены постоянный врач и два ординатора-сезонника,— первый и будет бальнеологом.

Заключительное слово председательствующего **д-ра Лебедева В. В.** Причина доклада—желание избежать недостатков в будущей работе курорта. Будущее курорту предстоит богатое. Уже приняты меры к выявлению и устранению недостатков, Научная ассоциация примет участие в изучении курорта и его влияния на больных.

ДОКЛАД № 8. Д-р Лебедев В. В. К вопросу о водоснабжении г. Тотьмы и курорта. (См. в приложение).

Заседание V. 7 апреля, объединенное—Научной ассоциацией врачей и Вологодского Общества изучения Северного края.

ДОКЛАД № 9 Тюрнин И. А. Из истории гор. Вологды до половины XVI века.

ДОКЛАД № 10. Фалин Н. В. Топография г. Вологды до конца XVI века.

(Текст докладов см. в неизданном сборнике очерков по г. Вологде Об-ва краеведения в рукописях в Вологодском городском коммунальном отделе).

Тюрнин И. А. по вопросам дал следующие разъяснения. Нашествия татар на Вологду были. Об одном из них летописи упоминают под 1273 годом. Известно также нашествие их в первой половине XVI века. В старинных документах названия селений Говорова, Лукьянова и Григорьевского встречаются. Перенесение центра г. Вологды при Иване IV вызвано ростом города, который в свою очередь обусловлен торгово-промышленным развитием края. **Фалин Н. В.** пояснил, что московская дорога в Вологду в XVI веке вероятно шла по современной линии, но не исключена возможность, что первоначальное ее направление в районе города и ближайшей периферии было иное. Известий о подземных ходах в изученных им документах не встречается. В сошной грамоте 1627 года упоминается только о четырех водных тайниках близ софийских водяных ворот. Эти тайники были устроены для снабжения города водой в случае его осады. Заречье начало застраиваться очень давно; есть данные, позволяющие предположить, что уже в XIV веке тут были поселения. Стены (Кремль) вокруг бывшего архиерейского дома были выстроены при епископе Симоне в 1670—71 годах, во время голода, и являются своеобразным памятником общественных работ того времени. В основании колонизации Вологодского края славянами играли роль моменты политического и преимущественно торгово-промышленного характера. Среди колонистов края, конечно, не мало было и таких элементов, которые преследовали свои личные промышленные цели.

В заключительном слове председатель д-р **Орлов А. Н.** отметил важное значение изучения прошлой жизни г. Вологды и всего Вологодского края, так как знание условий колонизации и жизни поселенцев — с одной стороны и климатических условий и природных богатств края — с другой значительно облегчает борьбу с внешней природой для каждого отдельного члена общества и открывает широкие горизонты для плодотворной и продуктивной совместной работы Общества изучения Северного края и Научной ассоциации врачей. Изучение природных богатств края, лежащее на обязанности краеведов, естественно дополняется изучением врачами самого общества, того коллектива, на долю которого выпадают осуществление и реализация этих богатств. В совместной борьбе против внешней природы и с вредными влияниями ее на организм человека — залог плодотворной и продуктивной работы на пользу общества и источник подчинения природных богатств края потребностям и нуждам общества. От имени всего собрания высказываю благодарность докладчикам за интересные доклады, а также пожелание устраивать совместные заседания и на будущее время.

Заседание VI. 21 апреля.

ДОКЛАД № 11. Д-р А. Н. Орлов. Демонстрация больной с искусственным влагалищем. (Автореферат).

Большая 19 лет с врожденным недоразвитием влагалища и матки. Эмбриологически влагалище и яичники развиваются из различных элементов, а потому при недоразвитии влагалища яичники часто бывают развиты достаточно, чтобы у женщины сохранилось *libido sexualis* и потребность *coitus'a*. Развитие мюллеровых нитей начинается с верхних отделов, почему, трубы также почти всегда бывают хорошо развиты, а иногда и недоразвитые рога у матки внутри имеют полость. Это последнее обстоятельство обусловливает болезненные, периодически повторяющиеся *metmenstrualia*, что в свою очередь побуждает больных искать врачебной помощи. Для устранения болей в животе в этих случаях бывает достаточно удалить трубы и рудиментарные рога, которые во время менструаций причиняют боли набуханием тканей и обратным оттоком менструальной крови в брюшную полость. Для устранения недостатка вагины последняя восстанавливается оперативным путем. Проф. Снегирев один из первых оперативным путем сделал искусственное влагалище из нижнего отрезка прямой кишки, перерезав ее на границе внутреннего сфинктера кишки и выведя анальное отверстие у копчика. Недержание газов и кала решило участь операции, почему она не нашла последователей. Проф. Рейн, восстанавливая влагалище из кожных лоскутов и избегая волосистой поверхности больших половых губ, выкраивал лоскуты на ножках, но получил омертвление лоскутов и неудачу операции. В настоящее время конкурируют между собою два способа: Попов а-Шуберта—образование влагалища из нижнего отрезка прямой кишки и способ Балдуина—из тонкой кишки. Оба не лишены крупных недостатков, так как представляют собою серьезное и подчас опасное оперативное вмешательство, причем первая из них хотя и не дает большого процента смертности (5%—9% у отдельных авторов), зато часто сопровождается неблагоприятными последствиями в виде каловых свищей и *incontinentio alvi*; операция Балдуина дает сравнительно большой процент смертности (от 15 до 30% у разных авторов), и часто кишка сморщивается, почему новообразованное влагалище не всегда отвечает своему назначению. Рациональный метод недавно предложен американцем Робертом Франком: он формирует трубку из кожного лоскута на ножке и, когда лоскут приживает, отсекает ножку. Д-р Ф. П. Матвеев оперировал с успехом по лоскутному способу Рейна, видоизмененному д-ром Яровым с таким расчетом, чтобы ножки лоскутов не перекручивались, чем обусловливается приживление лоскутов и успех операции. Операция Ярового-Матвеева состоит в следующем: передний лоскут выкраивается с основанием лоскута у мочевого бугорка и вершиной у анального отверстия. Задний лоскут—двумя половинами справа и слева из ягодичной области. Таким образом волосистая часть исключается.

В заключительном слове д-р Орлов сообщил, что случаи врожденного уродства с наличием матки при отсутствии вагины в литературе не описаны. Шуберт оперировал больную при наличии матки, у которой влагалище было зарощено вследствие воспалительного послеродового процесса. Остановка в развитии мюллеровых нитей, приводящая к этому уродству, обычно происходит в двух нижних третях—книзу от места прикрепления круглых связок. Сам докладчик таких случаев ни разу не видел, случаи же послеродового рубцового зарощения влагалища наблюдал неоднократно. Что касается функциональной пригодности такой искусственно построенной из кожи вагины, то кожа в этом новом положении теряет свою сухость и ороговевший слой и приобретает свойства вагинальной слизистой, которая в сущности имеет такое же строение, как и кожа. Функционально она вполне пригодна, но с течением времени

она может сморщиваться и несколько суживаться, так что приходится расширять ее бужами. **Д-р Кадников:** Идея воспользоваться лоскутами без ножек целесообразна, но насколько будет длинна вагина (грядущее сморщивание), трудно сказать; быть может, придется повторить операцию.

ДОКЛАД № 12. Д-р Проскуряков Л. В. Демонстрация препаратов саркомы матки, давшей метастазы по костной системе.

(Больная демонстрировалась месяц тому назад д-ром Орловым в заседании Научной ассоциации).

В черепной крышке два больших и несколько маленьких саркоматозных узлов. Узлы давили на мозг, и соответственно величине их имеются в правой лобной доле мозга большое вдавление и в левой теменной — небольшое. Опухоль левого плеча, оставившая только часть головки кости и давшая перелом на границе верхней трети со средней. Величина опухоли с голову новорожденного плода. Оба легких пронизаны сплошь метастазами. Саркоматозные узлы малого таза, проросшие крестец и хвост спинного мозга.

Д-р Орлов обращает внимание собрания, что метастазы черепа вдавили, но не проросли мозг, что подтверждает их рост из кости. Только в легких метастазами поражена мягкая ткань. В плече, черепной крышке и малом тазу метастазы костного происхождения.

ДОКЛАД № 13. Д-р Смирнов К. И. Современные методы лечения и профилактики скарлатины. (Автореферат).

Вопрос о возбудителе скарлатины не совсем еще решен. Существуют три взгляда: 1) Габричевский, американцы Dick и Dochez считают таковым гемолитический стрептококк; 2) итальянцы Di-Kristinia, Caronia Lindoni — анаэробный микродиплококк; 3) ряд других авторов (Златогоров и др.) — фильтрующийся вирус, находящийся в симбиозе со стрептококком. Наиболее убедительны доказательства и эксперименты американцев, вследствие чего на их идее главным образом зиждутся современная профилактика и лечение скарлатины (они утверждают, что скарлатинозный стрептококк по биологическим свойствам не отличим от гемолитического стрептококка иного происхождения, но в серологическом отношении представляет особую группу, Токсин его, введенный в количестве $0,1 \text{ см}^3$ под кожу человека, вызывает в несколько часов синдром скарлатины, бесследно исчезающий через двое суток. Интрадермальное введение $0,1 \text{ см}^3$ сильно разведенного токсина вызывает у предрасположенных к скарлатине специфическую местную реакцию в виде ограниченного покраснения и отека кожи (так называемая кожная реакция Дика). Происхождение септических форм и различных осложнений скарлатины рисуется ими так: скарлатинозный стрептококк вызывает у заболевшего местный процесс в зеве — ангину. Выбатываемые здесь стрептококком токсины всасываются и дают общее отравление организма, интоксикация же открывает стрептококкам, а наряду с ним и другим микробам дорогу в кровь и ткани организма. Скарлатинозный стрептококк находится в зеве у здоровых, на загрязненных пищевых продуктах и т. д.

Появление их колоний на питательных средах в чашечках Петри, расставленных на разном расстоянии и высоте (вплоть до стен и потолка) от постели больного, доказывает распространение их в воздухе вокруг больного (опыт д-ра Маслоковца).

Иммунизацией лошадей токсинами гемолитического скарлатинозного стрептококка получают антитоксическую сыворотку. Такая же иммунизация сообщает и людям активный иммунитет. Иммунитет послескарлатины—антитоксического, а не антибактериального характера. На основании этих данных, во многих местах приступили к активной иммунизации предрасположенных к скарлатине. Сила употребляющегося для этого токсина определяется при помощи кожной реакции на людях, чувствительных к токсину. Кожной единицей (дозой) считается минимальное количество сильно разведенного токсина, вызывающее реакцию при впрыскивании в кожу. Для активной иммунизации против скарлатины и дифтерии начинают пользоваться в настоящее время, вместо токсина, анатоксином (токсин, обработанный формалином и простоявший две недели в термостате при температуре в 37°, теряет свои токсические свойства, но сохраняет иммунизирующие). Прививки делаются подкожно или внутримышечно. Прививки по Миллер-Белоновскому состоят в распылении пульверизатором на миндалины фильтра культуры скарлатинозного стрептококка. В Ленинграде из 31 788 детей в 66 детдомах было с отрицательной реакцией Дика 22 011, из них заболело скарлатиной четверо (0,018%); с положительной реакцией Дика—4846; из них заболело скарлатиной 80 детей (1,65%), т.-е. в 9 раз больше. По Розенбергу, дети с положительной реакцией Дика дают 24% заболевания скарлатиной против 2,5% у детей с отрицательной реакцией Дика.

От активной иммунизации надо отличать пассивную, которая достигается впрыскиванием нормальной или антитоксической, или противоскарлатинной лошадиной сыворотки. Иммунитет при этом непродолжителен—до 12 дней. По Deckwitz'у пассивная прививка делается кровью выздоравливающих от скарлатины (на 3—6-й неделе), для этой цели пригодна также кровь родителей. Пассивная иммунизация имеет значение при заболеваниях в местах скопления детей (детдома, дома матери и ребенка) или для иммунизации детей, бывших в непосредственной близости к заболевшим.

Что касается лечения, то все признают за антитоксической противоскарлатинной сывороткой специфическое действие. Еще до войны мозеровская сыворотка имела широкое распространение; если мнения врачей о ее пользе расходились, то это зависело главным образом от неодинакового способа ее приготовления различными институтами и от различной силы антитоксина в различных сериях сыворотки, отчего и терапевтические эффекты ее были разные. Кроме того, эта по существу

антибактериальная сыворотка естественно не должна действовать антитоксически, и надо удивляться, что такое действие проявлялось. Из этих сывороток наилучшей славой пользовалась сыворотка Г а б р и ч е в с к о г о, получавшаяся от лошадей, подвергшихся иммунизации первым поколением живого стрептококка, благодаря чему в ней было больше антитоксина.

Американцами введена в 20-х годах антитоксическая сыворотка (от лошадей, иммунизированных не стрептококками, а их токсином или анатоксином).

У нас профессор Войнов отмечает понижение смертности с 80—70% до 25% под влиянием такой сыворотки, Главный эффект сказывается на синдроме токсэмии. Температура понижается (на 2—2,5° через 12 часов), сознание проясняется, возбуждение и судороги прекращаются, исчезает сыпь, улучшается пульс. В 25% температура падает окончательно, в 35% — на один-два дня, а потом опять повышается. Сыворотка уменьшает количество осложнений (нефриты, отиты) в 3—4 раза и действует тем благотворнее, чем раньше вводится. Только на имеющиеся уже септические процессы она не оказывает заметного влияния. Мало влияет также на грудных ребят до года, поэтому для последних предпочитают сыворотку реконвалесцентом.

Вводится сыворотка внутримышечно, внутривенно и субдурально. Последним путем с прекрасным результатом пользуется доктор К о т о в. Теоретическое обоснование субдурального способа введения дал д-р С п е р а н с к и й. Он объясняет все токсические явления при острых инфекциях, а также при скарлатине поражением центральной нервной системы, причем токсин достигает ее, проникая в периневральную жидкость, которая по периневральным щелям движется в центростремительном направлении в силу разности давления в начале и конце нерва, поддерживаемой сокращениями мышц, где нервы разветвляются. Этим механизмом объясняется также и феномен угасания сыпи при введении в кожу сыворотки реконвалесцента или антитоксической лошадиной. Благотворное действие субдурального введения он объясняет тем, что это ближайший путь к пораженной центральной нервной системе, что при этом минует гемато-энцефалитический барьер, благодаря которому проникновение антитоксина из крови в спинно-мозговую жидкость ничтожно. Этот способ позволяет вводить минимальное количество сыворотки.

Докладчик заканчивает пожеланием, чтобы в Вологде скорее было приступлено к производству профилактических противоскарлатинозных прививок.

ПРЕНИЯ. Д-р Фалин. Целый ряд старых испытанных способов борьбы со скарлатиной берется, как мы слышали, под дозревание; их готовы выбросить. Но ведь болезнь заразительна, значит изоляция нужна; если нельзя изолировать все 100%, то из этого не следует, что никого не надо. Для действительной дезинфекции надо только рационально поставить ее; нужна и газообразная, и механическая, и химическая дезинфекция.

Возражать против закрытия школ, столь перегруженных теперь, нерационально уж потому, что не мешает лишний раз почистить и проверить их. Ревизию старых способов, конечно, можно делать, но осторожно, тем более, что вполне убедительных возражений против них представить нельзя. Рад слышать из уст инфекционистов (глубоких лечебников), что пора принимать за профилактику. **Д-р Крюковский** находит, что работа профессора Сперанского слишком бегло освещена докладчиком. Эта работа заслуживает специального доклада. Давно пора приниматься за лечение и профилактику скарлатины. Надо иметь в виду, что некоторые серии сыворотки не активны и портят впечатление.—**Д-р Фалин:** Работы д-ра Утенкова два года тому назад встречены с недоверием и не нашли себе места в бактериологическом журнале. В отношении скарлатины и дифтерии надо отметить статью Deskwitz'a, где проводятся следующие мысли: многие люди переносят незаметно эти болезни, иммунитет к ним поэтому с годами увеличивается. То, что считается за эпидемию, есть на самом деле реакция населения выше порога. Конечно, там, где организмы ослаблены, реакция больше.

Д-р Воскресенский, отмечает, что заболеваний было меньше там, где проводилась дезинфекция, а потому в последней сомневаться нельзя. Выписка из больницы бациллоносителей—явление неизбежное, но бороться с бациллоносительством необходимо. Что касается прививок, то до решения Всесоюзного съезда, на котором должны быть представлены цифры, итоги массовых экспериментов, надо лишь готовить финансовую базу.

Д-р Михайлов. На всех съездах основной вопрос—профилактика скарлатины и дифтерии. Впечатление таково, что этот вопрос решен в смысле необходимости активной иммунизации. Работы Дика и итальянцев положили конец спорам в пользу гемолитического стрептококка. Уже на Московском съезде бактериологов подведены итоги, а Одесский съезд их констатировал. Только Златогоров сомневается, но и он сдает позиции. Предохранительные массовые прививки являются надежным способом; Рыбинск, Новгород, Смоленск и др. города, не говоря уже о столицах, давно проводят эту кампанию. Съездами этот метод давно апробирован. У нас на складе лежит много сыворотки Мозера, а применения ее нет. Что касается работы Утенкова, то его учение о циклическом развитии микробов и об изменчивости их форм представляет на первый взгляд стройную схему, но в литературе имеются возражения. Относительно микробов кори и скарлатины, описываемых Утенковым, Марциновским высказано, что они не соответствуют действительности.

Д-р Лилеев. Широкою активной иммунизацию необходимо повести, но и дезинфекция нужна, раз микробы существуют и живучи в течение нескольких дней. Вопрос только в том, насколько действительна наша дезинфекция. Этого не проверяли, а проверить надо и выбрать наилучший способ. Не можем признать большой ценности за изоляцией; надо бы уменьшить ее масштаб, но для этого нужны хорошие жилищные условия. Оставлять больных на дому следует хотя бы из боязни других инфекций (корь). Бороться с бациллоносителями невозможно, поскольку микробы гнездятся в тайниках носоглотки. Единственный надежный метод—активная иммунизация здоровых.

Д-р Воскресенский поддерживает необходимость проверки дезинфекции.

Д-р Смирнов указывает в заключительном слове, что в его задачи не входило останавливаться долго на трудах Сперанского. Он коснулся их, лишь поскольку это было необходимо для объяснения преимуществ субдурального введения сыворотки. Не хотел сказать, что не надо госпитализировать, наоборот, по его мнению, это в наших условиях один из самых действительных методов борьбы, быть может более действительный, чем дезинфекция и остальные меры, применяемые нами.

Заседание VII. 5 мая

ДОКЛАД № 14. Д-р Замаев Д. Н. К вопросу о дермографизме. (Доклад напечатан в «журнале для усовершенствования врачей», 1929 г., № 3).

Отвечая на заданные вопросы, докладчик говорит, что первую мысль заняться этим вопросом ему подал проф. Никольский. Все врачи исследуют дермографизм, но такие исследования до сих пор давали мало ценных данных, так как мы до сих пор не знаем, что является в этом отношении нормой для человека, и где начинается патология. Мы знаем также, что при различном течении тех или других болезней различна и реакция дермографизма, но от чего это зависит, нам также неизвестно. Силу реакции также нельзя было учитывать, раз не было возможности учитывать силу раздражителя, применяемого для вызываемой реакции. Докладчику хотелось провести исследования над ваго-и симпатикотонией (параллельно с опытами с атропином и адреналином), но обстановка не позволила ему этим заняться. При гнойном менингите реакция получается не та, что при туберкулезном. Наблюдений над изменчивостью реакции в зависимости от времени года докладчиком не производилось, так же, как не делалось наблюдений над влиянием бромистых препаратов на характер и силу реакции. Во время менструации изменения в реакции незначительны.

Д-р Орлов. Всеми широко применяется исследование дермографизма, но редко кто учитывает, что сила реакции находится в зависимости от силы раздражения, и не учитывают возможности менять силу нагрузки; докладчик же в своих опытах, расчленив силу нагрузки и установив порог раздражения, вводит этот метод в рамки объективного численного измерения силы реакции. Его опыты облегчают диагностику туберкулезного менингита с помощью дермографа. Работа проделана оригинально и самостоятельно с большой настойчивостью. С помощью дермографа докладчика, повидимому, можно легко и просто выявлять ваго- и симпатикотонию вместо сложных реакций, применяемых для этого теперь. Желательно продолжить наблюдения в смысле разрешения этой последней задачи. — В заключение председательствующий д-р Орлов благодарит докладчика за интересный доклад.

ДОКЛАД № 15. Д-р Гинзбург Д. С. демонстрирует больного с *Raagporiasis Broca*. (Автореферат не доставлен).

Относительно этиологии данного заболевания имеется много предположений и нет ничего ясного и определенного. Лечение в большинстве случаев малоуспешно. История болезни такова.

Красноармеец 22 лет, чернорабочий по профессии. Сыпь появилась 5 месяцев назад, наследственность не дает указаний ни на туберкулез ни на сифилис. При исследовании, кроме изменений на коже, ничего патологического установить нельзя. Реакция Вассермана и реакция

Пирке отрицательные. Моча нормальная. Уд. вес—1029; исследование крови—низкий процент гемоглобина (60%) при цветущем общем виде больного.

Докладчик отвечает, что реакция Безредко не производилась. Терапии в данном случае еще никакой не применялось. Она, вообще говоря, неопределенна, так же, как и этиология данного заболевания. Радикальной терапии подобного заболевания вообще не существует.

ПРЕНИЯ. **Д-р Лебедев А. В.** сообщает о наблюдавшемся им случае излечения псориаза после операции грыжесечения.—**Д-р Замираев** говорит, что при первом осмотре больного напрашивается диагноз сифилиса. Против этого говорят течение болезни и отсутствие желез.—**Д-р Орлов А. Н.:** Реакция Безредко необходима, так как реакция Пирке дает указания при активном туберкулезе, а реакция Безредко выясняет латентные формы туберкулеза. Операция—это аутогемотерапия, в этом ее значение при псориазе.

Заключительное слово докладчика. Мышьяк при лечении подобных заболеваний дает обычно хорошие результаты. Докладчик находит, что повторить реакцию Вассермана следует, но обычно в кондиломатозном периоде реакция Вассермана отрицательной не бывает.

Заседание VIII. 20 октября.

ДОКЛАД № 16. Д-р Орлов А. Н. О VIII Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов в Киеве.

ДОКЛАД № 17. Д-р Орлов А. Н. Отчет о съезде хирургов и гинекологов в г. Саратове 28 сентября 1928 г.

Программными темами съезда были вопросы, близко интересовавшие и хирургов и гинекологов: 1) маститы; 2) заболевания мочевыводящих путей; 3) тазовые гнойники; 4) внематочная беременность. Съезд этот уже второй раз был созван Саратовской научной ассоциацией врачей, был многолюден, в числе гостей было много крупных имен хирургов и гинекологов из других городов, Москвы и Ленинграда.

ДОКЛАД № 18. Д-р Кистер А. К. Рефераты иностранной литературы по хирургии.

Заседание IX. 27 октября.

ДОКЛАД № 19. Д-р Фалин Н. В. К этиологии и профилактики скарлатины. (Автореферат не доставлен).

ДОКЛАД № 20. Д-р Воскресенский. Движение скарлатины в городе и меры борьбы с ней. (Доклад напечатан в Сев. мед. сборнике, вып. 2-й, 1927 г.).

ДОКЛАД № 21. Д-р Смирнов К. И. Клиническое течение скарлатины. (Автореферат не доставлен).

Отвечая на заданные вопросы, д-р **Фалин** говорит, что об отсутствии на Фаррерских островах скарлатины в течение 57 лет ему известно из литературы. Подробно этот случай докладчиком не изучен; он полагает, что скарлатины там не было потому, что не было заноса заболевания.

По вопросу о реакции Дика докладчик говорит, что сторонники стрептококковой теории скажут, что производить эту реакцию надо, так как она есть показатель иммунитета: чаще заболевают люди с положительной реакцией Дика.

Практически ставить вопрос о прививках довольно трудно. Этот вопрос потребует более детального обсуждения. Реакция на прививку в общем довольно сильная. После прививок по Коршуну сильная реакция наблюдалась в 3%. При прививках чистым токсином моча в 30% содержала белок, цилиндры, эритроциты. Иногда наблюдалась рвота. Провести прививки на практике трудно, нужно прививать несколько раз. Дети в большинстве случаев неохотно идут на прививки, да и родители также. Начинать прививки следует с организованного населения, а не идти сразу по всему городу.

Относительно работ Утенкова докладчик говорит, что на съездах бактериологов и эпидемиологов к его работам было несколько скептическое отношение.

ПРЕНИЯ. Д-р Воскресенский Н. И. говорит, что если применять прививки только среди организованного населения, то большого эффекта не будет, так как среди организованного населения отмечено только 35 случаев заболевания. Надо распространить прививки на неорганизованное население. Как это сделать, сказать трудно, по этому вопросу нужна специальная дискуссия.

Д-р Смирнов говорит, что в больнице осложнения со стороны нервной системы при скарлатине довольно редки,—за год отмечено всего 3 случая хорей и 2 раза паралич лицевого нерва. Малая заболеваемость детей до года объясняется малой способностью расщеплять парентерально введенный белок, в том числе и микробов, но если ребенок заболевает, то обычно тяжело. Конституция не учитывалась при заболеваниях скарлатиной, но лимфатики переносят ее тяжелее. Сыворотка при лечении скарлатины применялась не часто (12 случаев за год).

Д-р Крекшин (автореферат), выступивший в прениях, поставил докладчикам следующие вопросы: Почему санорганизации и Губздрав боролись в течение 8 лет госпитализацией? Почему санорганизации в течение 8 лет не поставили реакций Schick'a и Dick'a? Почему не выделены предрасположенные? Почему активно не иммунизировались предрасположенные? Какие приняты меры в случае, если инфекционная б-ца является рассадником скарлатины, к уничтожению этого?

Из докладов узнали, что меры профилактики, из которых главная—активная иммунизация, не проводились в течение 8 лет. В докладах не уделено внимания профилактике, нет выводов, нет указаний выхода из положения, и указания не подкреплены цифрами и водовами.

Д-р Черногордик. (Автореферат не представлен).

Д-р Шайтанов: Доклад д-ра Фалина открывает большие перспективы; сравнивать Америку с Вологдой не приходится. Запоздали с вакцинацией мы не по нашей вине. На прошлогоднем съезде бактериологов и эпидемиологов еще были пикировки, проводить ли и как проводить вакцинацию. Разрешать этот вопрос по Крекшину очень легкомысленно. Провинция не должна бросаться на мероприятия, пока они не оценены научными центрами. Неясно, какие прививки и в каком масштабе проводить. Осторожность в этом деле должна быть. Причина высоких цифр скарлатины в г. Вологде—жилищные условия; Вологда награждает скарлатиной и уезд.

Д-р Лебедев В. В. (Автореферат не представлен).

Д-р Крекшин сообщает, что им производились прививки в Армавире под руководством Ростовского бактериологического института и по его указаниям. Старые методы борьбы со скарлатиной он не отмечает. Из заданных вопросов ясно вытекает основная мысль его выступления.

Д-р Славнин. После последнего съезда бактериологов и эпидемиологов эксперименты закончены. Мы получили санкцию проводить это дело в плановом порядке. Все эти мероприятия связаны со средствами, и как целесообразнее их расходовать — Губздрав и обращается за советом к Ассоциации. Из докладов ясно положение вопроса со скарлатиной в Вологде, но могу ли я расходовать на организацию прививок средства, было для меня вопросом. Сегодня для меня это ясно. Для практической работы Губздрава сегодняшнее заседание имеет большое значение.

Д-р Фалин в заключительном слове говорит, что в выступлении д-ра Крекшина чувствуются ведомственные трения. С вакциной Гобрисевичского был опыт, но утешительных результатов не дал. В Ленинграде проводится опыт вакцинации населения против скарлатины под наблюдением специальной комиссии из врачей разных специальностей, которая руководит этим делом.

Заседание X. 10 ноября.

ДОКЛАД № 22. Д-р Фалин Н. В. Профилактика скарлатины. (Продолжение доклада: «К этиологии скарлатины»).

Отвечая на заданные вопросы, докладчик говорит, что вопрос о проведении иммунизации в Вологде передан на рассмотрение санорганизациям и специальной комиссии по этому вопросу. Докладчик не выяснил себе специальной твердости положения в работах Утенкова. Вообще же модификация бактерий — вопрос старый и как-будто решенный. Изоляцию и дезинфекцию попрежнему рекомендуют при борьбе со скарлатиной. Из американских ученых никто на съезде в Кенигсберге не участвовал, но профессор прислал на съезд свой доклад. Был ли на съезде поднят вопрос о хирургической и послеродовой скарлатине, равно как и цифры скарлатины в Европе, докладчику неизвестно.

Д-р Воскресенский дополнительно спрашивает, какую из вакцин лучше применять для иммунизации. Докладчик, отвечая на вопрос, говорит, что широко применять вакцинацию повидимому не удастся из-за трудности провести ее. Лучше избрать ту вакцину, которая дает более слабую реакцию и при которой приходится меньше колоть.

Д-р Ренатов спрашивает, может ли быть скарлатина без ангины. Докладчик отвечает, что по литературным данным может.

ПРЕНИЯ. Д-р Петров. Розенберг говорит, что скарлатина может быть и без ангины, но при ней поражается все кольцо Вальдейера. С этой точки зрения пульверизация по Белоновскому цели не достигает, а вливание через нос по Миллеру более целесообразно. Оба эти способа являются наиболее простыми и удобными для массового применения.

Лебедев В. В. Осторожность в проведении прививок должна быть и упреки в медлительности не основательны. Необходимо просить Н. В. Фалина следить за литературой и сообщать о положении этого вопроса.

Д-р Воскресенский. Упреки Санорганизации, что она проспала вопрос о профилактике скарлатины, неверны. Разговоры, что можно свертывать больницу с проведением прививок, легкомысленны. Трудности массового проведения прививок колоссальны. Пессимистическое заключение Кенигсбергского съезда вносит сомнения при проведении практической стороны в организации массовых прививок. Перед комиссией стоят большие задачи о методах практического проведения прививок.

Д-р Орлов. Заслушав сообщения Н. В. Фаллина о результатах международного съезда в Кенигсберге по борьбе со скарлатиной, мы должны определенно констатировать, как далеко еще до радикального разрешения спорных вопросов об этиологии и профилактике скарлатины; а потому считаем совершенно нерациональным и преждевременным отказываться от испытанных средств борьбы со скарлатиной—госпитализации, изоляции и дезинфекции, которым можно бросить лишь один упрек, общий и для всех других санитарно-гигиенических мероприятий,—в слишком больших затратах на проведение в жизнь этих мероприятий. Для суждения же о результатах профилактических прививок мы пока не располагаем достаточным количеством, а главное необходимой продолжительностью наблюдений над прививками, так как из эпидемиологии скарлатины нам известны периодические колебания по годам силы и степени развития эпидемий, и не исключена возможность, что наблюдения над профилактическими прививками совпадали с благоприятным течением эпидемий.

Д-р Михайлов К. Н. Из доклада получилось определенное впечатление, что все способы вакцинации еще не получили права гражданства в смысле широкого их применения. Мне знаком только способ К о р ш у н а. Нужно иметь в виду, что эта школа стоит во главе той теории, которая считает возбудителем скарлатины стрептококка. Мнение д-ра Л и л е е в а о значении прививок для эпидемии скарлатины излишне оптимистично. Это дело в виде опыта должно быть организовано при лаборатории, где должен быть заведующий эпидемиологическим отделением. На складе в лаборатории был запас противоскарлатиновой сыворотки, но его пришлось исключить, так как ни откуда требований на нее не поступало. Непонятно, почему серотерапия не проводится в Инфекционной больнице.

В заключительном слове докладчик еще раз указывает на необходимость максимальной осторожности в организации массовых прививок.

Заседание XI, 24 ноября, объединенно

Вологодский губернский

**Научной ассоциации врачей
Съезда врачей Вологодского уезда.**

ДОКЛАД № 23. Д-р Рукин Н. Н. О сроках искусственного прерывания беременности. (См. в приложении).

На предложенные вопросы докладчик ответил:

Главные опорные данные для дифференциальной диагностики внематочной беременности и аднекситов дает обычно правильно и точно собранный анамнез. В известных случаях оказывает услуги реакция оседания эритроцитов, наличие своеобразных марких кровянистых выделений при внематочной беременности и др.

Перфорации матки отмечаются по литературным данным до 0,5% при производстве аборт.

Внематочная беременность во всех трех случаях отмечена у здоровых до того в гинекологическом отношении женщин.

Беременность такого позднего срока (7 мес.) лучше совсем не прерывать, а лечить нефрит. В случае крайней необходимости лучше всего влагалитичное кесарское сечение под спинномозговой анестезией.

Главные данные для определения сроков беременности первых месяцев мы получаем из оценки размеров беременной матки. Ошибки в определении срока беременности все же возможны в известных небольших пределах.

ПРЕНИЯ. Д-р Кистер соглашается со всеми выводами докладчика и сообщает о своих случаях выскабливания матки при нераспознанной внематочной беременности.

Д-р Лебедев В. В. Массовое распространение абортов и вред, причиняемый ими здоровой женщине, требуют обсуждения в Научной ассоциации известных в настоящее время противозачаточных средств. Специалисты Научной ассоциации должны дать им свою оценку.

Врачи Бонч-Осмоловская, Черномордик, Замараев и др. находят крайне необходимым дать женщине эти предохранительные средства, разобравши их специально в заседании Научной ассоциации, выбрав самые безвредные из них и наиболее удобные для применения даже и на селе.

Заседание XII. 22 декабря.

ДОКЛАД № 24. Д-р Сергиевский С. А. Демонстрация больного с неврправимой пахово-мошоночной грыжей (рецидивной) с нахождением желудка в грыжевом мешке. (Автореферат не доставлен).

На вопрос д-ра Михайлова, каким образом фиксировать желудок после освобождения его из грыжевого мешка, докладчик ответил, что если зашить грыжевое отверстие, то это уже поднимет желудок на 12 сантиметров.

Д-р Сергиевский — демонстрация рентгенограммы коленного сустава с внутрисуставной мышью.

На вопрос о возможности самоизлечения путем рассасывания мышей докладчик отвечает, что этого не наступит по аналогии с отломанным processus styloideus ulnae, который, будучи отломлен, живет и не рассасывается. Этиология достоверно не известна. Означенное заболевание того же самого порядка, что и остеохондропатия Alban—Keller'a.

ДОКЛАД № 25. Д-р Обнорский П. А. Обтурационная желтуха при врожденном отсутствии желчного пузыря (с демонстрацией больной). (Автореферат не доставлен).

Докладчик, отвечая на заданные вопросы, говорит, что больная никаких инфекционных болезней не перенесла. Кровотечение во время операции значительным назвать нельзя. Обширные спайки с соседними органами докладчик объясняет защитной реакцией тканей на воспаление. По составу камни были холестериновыми. Из желудочно-кишечных расстройств у больной отмечаются тошнота и рвота после первых приступов заболевания. Главной причиной боли докладчик считает закупорку

протока камнем, а спайки играют, по его мнению, добавочную роль в этиологии болей; боли появлялись обычно сразу же после приема пищи.

ПРЕНИЯ. Д-р Кадников. Случай представляет большую редкость. Большое понижение кислотности желудочного сока указывает на заболевание желудка. Не могло ли быть в данном случае полной облитерации желчного пузыря, и был ли прослежен желчный проток в направлении печеночного протока? **Д-р Цветков** указывает, что на месте пузыря на печени была гладкая, блестящая брюшина, на основании чего он считает предположение д-ра Кадникова невозможным.—**Д-р Михайлов** освещает положение вопроса о происхождении различного рода желчных камней.

ДОКЛАД № 26. Д-р Михайлов К. Н. Демонстрация препарата двойной опухоли матки—раковой и фибромиомы, подвергшейся оссификации.

Вопросы докладчику:

Д-р Кистер: Где находится опухоль, подвергшаяся оссификации?—**Д-р Михайлов** отвечает, что она находится в левом углу матки.

Д-р Кистер: Не является ли эта опухоль бывшей трубной беременностью с образованием литопедиона?—**Д-р Михайлов** считает такое предположение маловероятным.

Д-р Фалин Н. В.: Оссификация и гиалиноз суть ли явления одного порядка?—**Д-р Михайлов:** Гиалиноз—это перерождение, оссификация—это импрегнация солями.

Д-р Орлов предполагает, что опухоль эмбрионального происхождения из остатков вольфова тела. Чаще здесь мы находим кисты. По всей вероятности здесь имеется цистомиома с омертвлением капсулы и отложением солей в ней.

ДОКЛАД № 27. Д-р Кистер А. К. Демонстрация препарата разрыва матки в результате родов, сопровождавшихся поворотом на ножку по поводу поперечного положения.

Вчера 21/ХІІ около 2 ч. дня ко мне доставили с поездом из участковой б-цы больную с запиской, в которой сообщалось, что накануне около 7 ч. вечера этой больной был сделан поворот по поводу поперечного положения; было выпадение пуповины, которая не пульсировала, и было вколочено плечико. После поворота врачом был констатирован разрыв матки. Больная 40 лет, пятые роды. Общее состояние тяжелое. Пульс едва прощупывается. Кровотечения наружного нет. Срочная операция: под наркозом вскрыта брюшная полость. Найдено огромное количество крови. По левой стороне матки большой разрыв, идущий от шейки почти до угла матки. Матка экстирпирована, в параметрии введен тампон Микүлича. Несмотря на многократные впрыскивания камфоры и вливание физиологического раствора, больная скончалась через два часа после операции.

Демонстрируя настоящий препарат, я считаю нужным подчеркнуть продольное направление разрыва, указывающее на его происхождение вследствие манипуляции в матке. В противоположность этому самопроизвольные разрывы имеют направление поперечное и располагаются или на границе шейки и тела матки, или ниже в виде отрыва шейки от влагалища.

Попутно я приведу еще два случая, наблюдавшихся мною. В первом из них, бывшем в 1912 году, разрыв произвел я сам, делая поворот при запущенном поперечном положении и выпавшей ручке. Благодаря тому,

что это было в больнице, я сразу же сделал лапаротомию и затампонировал матку. Прорвался перитонит, больная поправилась и через год родила 14-го ребенка (это были роды 13-е). Второй случай я оперировал в прошлом году. Больная была доставлена ко мне из участковой больницы часов через 5 после разрыва. Я экстирпировал матку, причем должен был наложить шов на случайно перерезанный мною мочеточник. Больная поправилась, но получила мочевой свищ, который впоследствии закрылся самостоятельно. Я видел эту больную в хорошем состоянии в августе.

Д-р Орлов говорит, что операцию поворота на ножку следует делать в глубоком наркозе, чтобы достигнуть наибольшего расслабления матки, и, кроме того, надо знать, как лежит плод, и за какую ножку его удобнее и безопаснее повернуть. В демонстрируемом случае имелись налици противопоказания к повороту, так как плечико было вколочено, и выпавшая пуповина уже не пульсировала. В виду смерти плода при вколотившемся плечике, более бережной и менее опасной для матери операцией была бы эмбриотомия плода. Необходимо дать возможность участковым врачам расширить свои знания по акушерству. Если на участке будет второй врач, то он должен быть акушером, который в участковой работе будет, пожалуй, нужнее хирурга.

Заседание XIII, 30 декабря, объединенное Научной ассоциации врачей и Губернского съезда Врачебной секции.

ДОКЛАД № 28. Д-р Кистер А. К. Диагностика острой кишечной непроходимости. (См. в приложении).

На предложенные вопросы д-р Кистер указал, что процент послеоперационной смертности в своих случаях он не подсчитывал, также не подсчитывал частоту илеуса у детей по сравнению со взрослыми. У детей чаще всего наблюдается инвагинация. Илеус-nodus не наблюдал ни разу. Тромбоз брыжеечных сосудов не наблюдал, непроходимость кишек при этом динамического характера.

ДОКЛАД № 29. Д-р Цветков А. П. Закрытые повреждения органов брюшной полости. (Автореферат не доставлен).

На предложенные вопросы докладчик ответил, что по литературным данным ему известен один случай разрыва прямой кишки, установленный судебным врачом. Статистика дает случаи самоизлечения закрытых повреждений брюшных органов, но они мало убедительны, так как при отсутствии оперативного пособия определить точно патолого-анатомическую картину в этих случаях не представляется возможным.

ДОКЛАД № 30. Д-р Кадников П. А. Прободные перитониты. (См. в приложении).

Для отличия перфорации тифозной язвы от острых перфораций надо руководствоваться наличием брюшного тифа

и течением болезни. Клиническая картина перфораций в обоих случаях одна и та же. В большинстве случаев больные доставляются с участков родственниками на обычных крестьянских телегах. Если есть возможность и соответствующая обстановка, то следует оперировать на месте, в противном случае надо переправлять больных в такую больницу, где операция может быть сделана. Для отличия прободного аппендицита от прободной язвы желудка руководящие данные дают анамнез и локализация боли. При прободениях, происшедших несколько дней назад, разобраться иногда бывает трудно. Целесообразно сначала сделать небольшой разрез для осмотра аппендицита, а в случае надобности открыть доступ к области желудка.

ДОКЛАД № 31. Д-р Орлов А. Н. Острый живот в гинекологии и акушерстве. (Автореферат не доставлен).

На предложенные вопросы д-р Орлов ответил: вправление ущемленной в заднем дугласе беременной матки одинаково доступно как со стороны влагалища, так и со стороны прямой кишки. Если матку не удалось вправить через задний свод, то не удастся вправить и через прямую кишку. Над лобком ущемления беременной матки не бывает. У больной с подсерозным лопнувшим варикозным узлом на беременной матке перитонита не было, она умерла от анемии вследствие тяжелого внутреннего кровотечения. Акушерка в начале родов должна выяснить, с какого рода патологией она имеет дело. Необходимо пунктовых акушерок снабдить хотя бы тазомерами, чтобы они могли сделать необходимые измерения таза, благодаря чему смогут определить тех рожениц, которые в виду сужения таза должны провести роды в больнице. Разрывы матки самопроизвольные обычно бывают поперечными, разрывы в продольном направлении—чаще насильственные. Способы лечения смещений матки находятся в зависимости от условий жизни больной и культурности ее. В условиях крестьянской жизни целесообразнее прибегать к оперативному лечению, чем к всякого рода пессариям. Сами крестьянки вместо пессариев применяют иногда самые разнообразные-противогигиенические предметы, которые докладчику приходилось вынимать из влагалища деревенских женщин: комки пакли, плетеные шарики из бересты или липового лыка, железные подшипники от колес, конский помет и резиновые пессарии, обросшие грануляциями, со свищами и др. Оперативное лечение неправильных положений матки, применяемое докладчиком, состоит в пересадке круглых связок путем удвоения их, а иногда и утроения, сшивая оба отрезка швом на всем протяжении, отчего последние делаются в два-три раза короче и толще. При выпадениях, кроме этого, применяется пластика тазового дна, передняя и задняя кольпорафия и перинеорафия, ампутация шейки матки в зависимости от случая.

На материале докладчика на 300 случаев внематочной беременности комбинация внематочной и маточной беременности встретилась всего лишь два раза.

При пузырьном заносе внутреннее кровотечение возможно лишь в запущенных случаях, так как очень рано появляется наружное кровотечение, вынуждающее больную обратиться за врачебной помощью, прежде чем ворсы успеют прорасти стенку матки. Бывают случаи так называемой «*mola hydatidosa destruens*» — пузырьный занос со злокачественным прорастанием стенки матки. Подобные исходы зависят от слабой сопротивляемости стенки матки, степени развития в ней децидуального слоя, толщины мышечной стенки матки, степени прорастания и разъедания мышечного слоя ворсами.

Раны при прободении бужами меньше и могут заживать первичным натяжением, чего нельзя сказать про рваные раны, нанесенные кюреткой, часто сопровождающиеся выпадением и ущемлением в ране матки петель кишек и сальника.

ПРЕНИЯ. Д-р **Сергиевский** сообщает разработанные им данные о непроходимости кишек по материалам прозекторской б-цы (автореферат не представлен).

Д-р Кистер. В этиологии разрывов мочевого пузыря алкоголь играет настолько большую роль, что на этот момент следует обратить большое внимание. Один из немецких авторов говорит буквально следующее: «разрывы пузыря в общем встречаются очень редко, и только в России, вследствие царящего там пьянства, они наблюдаются чаще». Далее, говоря о симптомах разрыва пузыря, д-р **Цветков** указал только на обильное выделение мочи при введении катетера. Вполне соглашаясь с его мнением об опасности катетеризации при разрывах пузыря, я считаю нужным указать еще на два признака, имеющих существенное значение: 1) при введении катетера в пузырь моча вытекает вялой струей; 2) если катетер находится в пузыре, то мочи удастся вывести очень мало (1—2 стол. ложки), несмотря на то, что б-ной не мочился больше суток. Моча при этом может и не содержать видимой на глаз примеси крови.

И д-р **Цветков**, говоря о разрывах кишечника, и д-р **Кадников**, говоря о прободных язвах желудка, не упомянули об одном важном симптоме — об уменьшении печеночной тупости, зависящем от выхождения газов в свободную брюшную полость и расположения их между передней поверхностью печени и диафрагмой. Этот симптом имеет важное диагностическое значение в особенности в комбинации с другими симптомами, а также может помочь при дифференцировании прободной язвы от прободного аппендицита.

Д-р **Орлов** советует при дифференцировании внутрибрюшного кровотечения от острого перитонита пользоваться лабораторными методами (лейкоцитарная формула, скорость осаждения эритроцитов, гематиновая проба); об этом же говорил на одном из украинских съездов проф. **Абрамов**; я целиком согласен с его оппонентами в том отношении, что в острых случаях выгоднее сразу же приступить к операции, так как лапаротомия все равно неизбежна, а лабораторные исследования требуют времени, которое здесь является слишком дорогим.

На вопрос, почему я в своем случае тазового гнойника пошел через прямую кишку, а не через задний свод, что было бы проще и удобнее, я отвечаю следующими соображениями: сама больная считала себя беременной на пятом месяце. При исследовании я нашел у нее настолько расширенную шейку, что через нее свободно проходил палец. Поэтому я имел основания опасаться аборта в ближайшее после операции время. В виду

же возможности аборта я считал слишком рискованным вскрывать гнойник через влагалище.

Д-р Кучинский: Я хочу указать на трудность постановки правильного диагноза илеуса в некоторых случаях: 1) бывает трудно отличить причину наступающих перитонеальных явлений: зависят ли они от прободного аппендицита, или прободной язвы желудка, или от другой какой причины. Это обстоятельство затрудняет выработку плана оперативного пособия. 2) Бывают настолько вяло протекающие случаи перитонита с атипичной картиной, что заставляют сомневаться в правильной постановке диагноза. Один из моих последних случаев—яркий пример тому. Больной доставлен из участковой больницы с диагнозом острого перитонита для экстренной оперативной помощи. Недомогание чувствует давно, но слег в постель только три дня, жалобы на боли живота, беспрерывную рвоту, общую слабость. Живот несколько вздут, но мягок, при ощупывании болезненность в левой подвздошной. Симптом Блюмберга отсутствует, частый жидкий стул. Пульс частый, мягкий, общее состояние сильная слабость. Несмотря на некоторые перитонеальные явления, я усомнился в диагнозе острого перитонита и решил выждать. На вторые сутки при нарастающих явлениях перитонита и сердечной слабости больной умер. На аутопсии в кишечнике ясная картина брюшного тифа с прободением кишки в нескольких местах. Своевременная доставка таких больных в хирургические отделения—это больной вопрос деревни: трудность диагностически в начале заболевания, отдаленность участков, плохие дороги, а главное некультурность населения делают то, что больные даже с явным диагнозом ущемленной грыжи попадают на хирургическое отделение на 5—6 суток.

Теперь, переходя к вопросу, затронутому д-ром Орловым, об ущемлениях беременной матки, заболевании сравнительно редком: если его легко диагностировать в начале, то в запущенных случаях с застойными явлениями в мочевом пузыре можно легко ошибиться, как было это со мной. Я диагностировал беременность, осложненную кистой яичника. Консервативное лечение не всегда дает результаты; в обоих моих случаях мне пришлось прибегнуть к оперативному пособию, причем в первом случае я с огромным трудом вывел матку из малого таза, а во втором случае, хотя вправление через влагалище и удавалось, но сейчас же снова наступало запрокидывание матки кзади. Профилактикой ущемления матки является лечение неправильных положений матки, конечно, оперативным путем, но, к сожалению, почти все способы дают большой процент рецидивов, особенно у женщин деревни.

Д-р Орлов. Сергиевскому. Сердечная слабость—результат сепсиса в запущенных случаях ileus'a. Надо обратить внимание на раннюю диагностику и раннюю операцию.

Кучинскому: У вашей больной была пародоксальная ишурия, которая патогномична для ущемления беременной матки при других симптомах. Рецидивы после операции по поводу неправильных положений матки зависят от неправильной диагностики, неправильных показаний в операции и, самое главное, от неправильной техники операций. Пластические операции на женских половых органах требуют от хирурга большого специального опыта в гинекологии, правильной установки показаний к операции, основательной оперативной техники с тщательным соблюдением асептики и выполнением операции не по шаблону, а по строго продуманному плану в каждом отдельном случае. Нарушение одного из этих требований влечет за собою отрицательный результат операции.

Кистеру: Спастический ileus, вызванный аскаридами, можно предупреждать предварительным исследованием кала на яйца глист и изгнанием последних перед операцией. В некоторых случаях приходится оперировать при спазме от аскарид, так как мы однажды потеряли больную после чистой операции по поводу ретроверзии от опастического ileus'a, вызванного клубком аскарид. Мы вполне разделяем мнение проф. Абражанова, так как у больных с внутренним кровотечением в первые часы по поступлении в больницу обычно к симптомам кровотечения, под влиянием перенесенного транспорта, примешиваются и усиливаются явления шока, которые при покойном положении и надлежащем уходе в большинстве случаев через 1—2 часа заметно угасают, а условия и прогноз для операции становится при этом более благоприятными. Придерживаясь принципа «не оперировать в шоке», мы имеем таким образом в своем распоряжении 1—2 часа, которые идут на организацию и приготовления к экстренной операции «не спеша», и которыми можно воспользоваться для лабораторных исследований. В случаях же, не имеющих угрожающего характера и не требующих немедленной операции, лабораторные исследования очень часто позволяют дифференцировать от прервавшейся трубной беременности острые воспалительные процессы тазовых органов в такой стадии, когда имеются прямые противопоказания к оперативному вмешательству.

Д-р Никитин. Статистика смертности от ileus'a обычно 56—60%. Моя статистика за 4½ года по Сокольской б-це 20 случаев с 25% смертности. Характер ileus'a был следующий:

1) Volvulus et nodus—5, из них умерло—2 (nodus'a); 2) Incarceratio interna—3, умер—1; 3) Invaginatio ileo-caecalis—2, умер 1; 4) Strangulatio et strangobturatio—6; 5) Ileus obturatorius—1, умер—1; 6) Ileus spasticus—1; 7) Ileus paralyticus—1; 8) Trombosis v. mesent. super.—1.

Всего 20 случаев, умерло 5.

При инвагинации кишек мной всегда наблюдалась подвижная опухоль живота. Лечение—ранняя диагностика, ранняя операция, широкий разрез и резекция.

Для диагностики закрытых повреждений брюшных органов должны быть учтены: острая анемия, шок торпидный, реже эретический, и нестерпимые боли живота. Лечение: если пульс через 1—2 часа под влиянием камфоры 120—140—немедленно оперировать.

Как отличить прободную язву желудка от тромбоза брыжеечных сосудов? Определить очень трудно, но в пользу тромбоза брыжеечных сосудов будет говорить следующая комбинация субъективных и объективных симптомов: появление сильных болей под левым подреберьем; более сильное вздутие живота слева; наличие в анамнезе операции в брюшной полости (до 6-месячной давности) и наличие септического эндокардита и тазовых тромбозов пuerперального, простатического, геморроидального и люэтического происхождения; наконец, сама бурная и внезапная картина болезни. Лечение при прободных язвах желудка и после резекции мертвых кишек всегда тампонное и вливание риванола (1:1000) до 500,0 в брюшную полость.

Д-р Машарский. Весной 1928 года, при судебно-медицинском вскрытии скоропостижно умершей 80-летней старухи, вырытой из могилы по распоряжению прокуратуры, я обнаружил прежде всего в ногах трупа тяж

около 3—4 метров длины, выходящий из anus'a. При осмотре тяжа он оказался помятой тонкой кишкой. По вскрытии брюшной полости обнаружен продольный разрыв прямой кишки около 5—6 см длины на высоте см 10 от anus'a. В отверстие разрыва выпячивалась петля тонкой кишки, которая и была обнаружена в гробу. Заключение, данное мною: разрыв прямой кишки с выхождением через него, под влиянием внутрибрюшного давления и посмертного газового, тонкой кишки. Из расспросов родственников удалось выяснить, что покойная страдала выпадением прямой кишки, и после смерти у нее вышла длинная кишка и вышло немного крови.

В заключительном слове д-р **Кадников** подчеркнул важность для участкового врача уметь правильно распознать показания к операции во всех случаях острого живота и своевременно направить больного к хирургу. Осветить этот большой вопрос перед участковыми товарищами поставило себе целью правление Научной ассоциации, выдвигая вышеуказанные темы для сегодняшнего собрания.

Д-р Михайлов отмечает живой интерес собрания к затронутым вопросам и оживленные прения по докладам. Это убеждает его в своевременности и продуктивности постановки таких докладов, дающих в руки участкового врача указания и правила постановки верного диагноза острых заболеваний брюшной полости, часто встречающихся в повседневной работе участка. Более полно можно было бы разрешить подобного рода вопросы на губернских научных съездах врачей.

Заседание XIV. 19 января 1929 г.

ДОКЛАД № 32. Д-р Горталов С. Ф. Демонстрация больного с актиномикозом легкого.⁴ (См. в приложении).

Д-р Горталов сообщает патогенез заболевания и отмечает сравнительную редкость локализации процесса в легких. Д-р Ашапатова знакомит с историей болезни демонстрируемого случая, а д-р Михайлов объясняет предложенные вниманию присутствующих микроскопические препараты с наличием друз из мокроты и гноя из свищей данного больного.

На предложенные вопросы докладчик сообщает, что чаще всего инфекция попадает вместе с пылью, иногда же в легких находили и мицелий грибка. Клиническая картина актиномикоза по течению очень сходна с туберкулезом. Кровохаркание, постепенное похудание, температуру, кашель, мокроту и, наконец, свищи может давать и то и другое заболевания. От иодистого лечения заметного эффекта в данном случае не отмечается.

ПРЕНИЯ. Д-р Сергиевский, зав. амбулаторией водного транспорта, сообщает об известном ему случае, где гублабораторией был поставлен диагноз актиномикоза миндалин в глотке, в то время как в Ленинграде, в клинике Военно-медицинской академии, он был извлечен каустикой и другими мероприятиями чисто местного характера в сравнительно короткое время. Оппонент спрашивает, не могло ли быть ошибки лаборатории в определении наличия друз в гное в данном случае подобно тому, о котором он сообщает. Точный диагноз Академии того случая, о котором он сообщает, ему не известен; как-будто бы там определили ларингит.

Д-р Михайлов отвечает ему (автореферат не доставлен).

Д-р Петропавловская. У демонстрируемого больного несколько времени назад были удалены два кариозные зуба. Напрашивается мысль, не могли ли быть эти зубы проводником инфекции.

Д-р Кадников вспоминает второй случай актиномикоза легких, который он вместе с другими вологодскими врачами наблюдал несколько лет назад у одного студента. Всего же подобное заболевание в легких за время своей работы в Вологде он видел шесть раз. Частота эта невольно обращает на себя внимание при такой сравнительно большой редкости актиномикоза легких в литературе. Причина этого для него не ясна. В случае, о котором сообщал д-р Сергиевский, местное энергичное лечение могло дать местный эффект, но полное излечение в том случае сомнительно. Возможно проявление болезни где-либо в другом месте. Картина друз под микроскопом настолько характерна, что нет места для сомнений в диагнозе как в данном случае, так равно и в том, о котором рассказывал д-р Сергиевский.

Д-р Фалин. Больная, о которой рассказывал д-р Сергиевский, заявляла как-будто по своем возвращении из Ленинграда, что у нее бывают еще иногда небольшие выделения на месте свища из миндаины; возможно, что полного излечения и местного там еще нет. В литературе описано много случаев, где кариозные зубы являлись проводником актиномикоза. Колосья злаков, которые берут в рот, могут инфицировать полость рта человека. По мнению некоторых авторов, актиномицеллий живет иногда у человека, как сапрофит, и с этой точки зрения является возможным и эндогенное заражение.

Д-р Орлов. Сомневаться в диагнозе демонстрируемого сегодня случая, помимо наличия других симптомов, нельзя и по характеру крови. Клиническая картина данного случая похожа на туберкулез, а между тем картина крови не характерна для туберкулеза, лимфоцитов имеется мало, что может говорить против туберкулеза за актиномикоз. Случаи излечения актиномикоза известны были и раньше, один из них описан д-ром Рождественским во время работы его в хирургическом отделении Вологодской губ. б-цы. (Юб. сб. А. Н. Орлова, прилож. к «Врач. вестн. Вологод. Губздр.», 1921 г. Август—декабрь).

ДОКЛАД № 33. Рукин Н. Н. Демонстрация больной с доношенной брюшной беременностью.

Больная Сняtkова, крестьянка Кадниковского у., 42 лет, несколько дней назад явилась в амбулаторию Гинекологического отделения и заявила, что она «в тягости» уже третий год. Настоящая беременность девятая по счету. Предыдущие беременности протекали нормально и все закончились срочными родами без каких бы то ни было осложнений. Последние крови перед беременностью были у больной в декабре 1926 г. Через два месяца после задержки регул, считая себя беременной, больная показала в участковую больницу, но там беременность отвергли. В виду того, что больная все время с прекращением регул чувствовала боли в животе, каких не испытывала при прежних беременностях, она вскоре вновь обратилась в участковую б-цу. В этот раз в б-це определена была беременность, которую участковый врач и акушерка считали нормальной. Больная успокоилась, и дальнейшее течение беременности не давало ей никаких поводов к сомнению. 14 октября 1927 г. больная почувствовала сильные боли в животе, напоминающие родовые боли. Вскоре боли стали настолько сильные, что больную с трудом поворачивали в кровати. По словам больной—в течение нескольких дней она иногда теряла сознание. В постели она пролежала 8 недель. За это время движения плода, которые она раньше отчетливо слышала, прекратились. С прекращением движений плода больная стала чувствовать себя лучше. Живот стал уменьшаться, а состояние больной продолжало улучшаться. Последнее лето больная чувствовала себя настолько удовлетворительно, что могла выполнять все крестьянские работы. Приблизительно через месяц после того

как больная встала с постели (через три месяца после начала болей), у нея появились крови, продолжавшиеся около двух недель, по количеству напоминающие регулы. Через 4 недели после того вновь пришли крови, продолжавшиеся дня 3—4. С тех пор менструации приходят в обычный срок и продолжаются дня 3—4. Во время болезни (в октябре—ноябре 1927 года) ни разу выделений крови из половых частей не было.

Данные объективного исследования: при осмотре отмечается некоторая бледность кожи, видимых слизистых оболочек и упадок общего питания. Со стороны сердца, легких, почек, органов пищеварения особых отклонений от нормы не отмечается. Живот увеличен до размеров семи-месячной беременности. Вся подчревная область выпячивается опухолью, имеющей неправильную форму, с бугристой поверхностью. При подробном ощупывании непосредственно под дряблыми брюшными стенками отчетливо определяются части доношенного плода, лежащего в поперечном размере в брюшной полости. Спинка обращена кзади кверху, головка в левой поясничной и левой подвздошной областях, ягодицы в области правой подвздошной впадины. По левой сосковой линии, ниже пупка, непосредственно под брюшной стенкой прощупывается правая ручка, причем на ней отчетливо различаются плечо, предплечье и кость. Почти параллельно ручке на два поперечных пальца вправо от средней линии прощупывается правая ножка. Бедро лежит отвесно, соответственно прямой мышце живота, голень пригнута вплотную к бедру, так что пятка и ступня обращены в правую поясничную область. Над лобком, между лонной дугой и мелкими частями плода прощупывается упругое, овальной формы, с гладкой поверхностью, тело величиной значительно больше кулака взрослого, повидимому сращенное с маткой детское место. *Per vaginam*: влагалищная порция с боковыми разрывами, обращена отверстием к крестцу. Матка в антеверсии-флексии, наклонена немного влево от средней линии, несколько увеличена. В заднем своде прощупывается мягкая часть плода, повидимому ручки, а в правой половине заднего свода, прилегая к правому краю матки, прощупывается овальной формы, упруго-эластической консистенции, с неправильной поверхностью опухоль (детское место, величиной в два кулака взрослого, выполняющее всю правую половину малого таза, сращенное с маткой и задним дугласом). Придатки ни с той ни с другой сторон не прощупываются. При зондировании зонд идет влево и кверху на 9—10 см.

Исследование крови, кроме некоторого лейкоцитоза (10 400), уменьшения гемоглобина до 65% и небольшого сдвига влево лейкоцитарной формулы не дает.

Таким образом перед нами случай доношенной беременности, с нахождением плода в брюшной полости. Первичная брюшная беременность маловероятна; надо полагать, что она образовалась вторично или из трубной беременности, или же плод попал в брюшную полость через разрыв матки. Сейчас диагностировать способ образования брюшной беременности не представляется возможным, во время операции по всей вероятности будет возможно решить, с чем мы имеем дело.

ПРЕНИЯ. Д-р Лепихин. Почему данный случай не может быть квалифицирован, как литопедион в начальной его стадии? История болезни больной, оперированной в 1925 г. д-ром Рождественским в Кадниковской б-це, по своему началу чрезвычайно напоминает настоящий случай.

Д-р Соколов (авторэферат). В первый раз я видел такой случай в Ленинграде, в клинике проф. Гессе, куда больная поступила из г. Новгорода со свищом с правой стороны живота. Свищ был на месте рубца после аппендектомии. Врачи Новгорода неоднократно оперировали, но свищ не закрывался; больная поступила к Гессе, и он, оперируя, нашел плод, окруженный гнойными массами. Гессе этот случай считал как

брюшную беременность, ибо если бы беременность была трубной, то во время схваток могли произойти разрыв трубы и летальный исход. В данном случае я предполагаю, что больше данных за брюшную беременность, а не трубную, тем более, что данных коллапса (который мог быть при разрыве трубы) здесь не было. Конечно, точную диагностику даст только операция, и после нее необходимо вторично показать больную.

Д-р Кадников (автореферат). Я наблюдал женщину с опухолью в левой половине живота, на уровне пупка, величиною с голову взрослого. На передней поверхности этой опухоли была видна иногда перистальтика отдельных петель кишек. Женщина исчезла из-под моего наблюдения и через 8 месяцев явилась с послеоперационным свищем, из которого я извлек бедренную кость 8 см длиною. Впоследствии из свища выделились фаланги пальцев и другие мелкие кости. Хирург, производивший операцию, сообщил мне, что опухоль была тесно спаяна с петлями кишек, он принял ее за кисту, которую выделить не мог, ограничился вскрытием ее и очень удивился, что нашел там хорошо развитые кости. Он принял ее за дермоидную кисту. Здесь несомненно была внематочная беременность.

Д-р Кистер (автореферат). Я позволю себе сообщить случай, оперированный в Ржеве в 1924 году. В июне явилась больная с следующим анамнезом: с июля 1923 года она почувствовала себя беременной. К врачам не обращалась, так как беременность протекала нормально. В декабре или январе заболела какой-то острой инфекцией, пролежала около месяца, после чего ребенок перестал двигаться, и живот постепенно стал уменьшаться. В мае больная подверглась большой травме: ее протащил по полю теленок, причем она несколько раз ударилась животом об землю. Сразу после этого у нее появились боли в животе, знобы, а с неделю тому назад отеки на лице и поносы. Данных объективного исследования я подробно не помню, кроме того, что больная производила впечатление тяжелой септической больной с отеком лица, и что у нее наблюдалось частое выделение ихорозной жидкости из кишечника. В брюшной полости прощупывалось какое-то тело неправильной формы. На другой день была сделана операция. По вскрытии брюшной полости было найдено следующее: одна из петель тонких кишек сильно расширена и спаяна с расширенным концом трубы. В кишке ясно прощупываются кости плода. Петля вместе с находившимся в ней плодом и припаянной к ней трубой резецирована. Больную спасти не удалось, и она через 1—2 дня погибла от сепсиса. Извлеченный из кишки плод оказался гнилостно-разложившимся, так что легко удалось выделить из мягких тканей отдельные кости. Судя по величине их можно думать, что возраст плода был не менее 6—7 месяцев. Я полагаю, что в этом случае благодаря травме получилось воспаление с прорывом в кишку.

Д-р А. Н. Орлов. Заключительное слово председателя. Наличие небольшой хорошо и ясно прощупываемой в обычном нормальном положении матки—с одной стороны, и отчетливо и ясно прощупываемые части, соответствующие по величине доношенному плоду,—с другой являются неопровержимым доказательством того, что в данном случае мы имеем дело с доношенным плодом, свободно лежащим в брюшной полости. Другой вопрос, каким путем этот плод проник в брюшную полость. Возможны три предположения: во-первых; здесь может иметь место первичная брюшная беременность, во-вторых, брюшная беременность здесь могла образоваться из трубной беременности, и, наконец, допустима возможность выхода плода в брюшную полость вследствие разрыва матки во время родов. Благодаря асептическому течению послеродового периода процесс закончился рассасыванием околоплодных вод

и мумификацией самого плода. Детальное выяснение этого случая возможно лишь после оперативного вмешательства и тщательного изучения патолого-анатомических соотношений плода и остатков плодного яйца к окружающим брюшным органам. Такой благоприятный исход в данном случае объясняется асептическим состоянием родовых путей во время родов и в послеродовом периоде. В настоящее время здесь еще не образовался литопедион, так как мелкие части плода отчетливо подвижны не только относительно тела матки, но и по отношению к своему собственному телу. При отсутствии инфекции, и если бы больная не стала подвергаться операции, из этого плода в будущем мог бы образоваться литопедион.

Как при брюшной беременности, так и при выхождении плода в брюшную полость из разрыва матки, при осложнении инфекцией, исход бывает совершенно иной, гораздо более опасный для матери, чему служат доказательством случаи с отхождением костей плода через влагалище, прямую кишку и даже через брюшную стенку. Так достигается самоизлечение организма в наиболее благоприятных случаях из этой категории.

В случаях же более сильной инфекции и при слабой сопротивляемости организма гнилостное разложение плода осложняется общим перитонитом, ведущим к смерти больной. Подобный случай мне пришлось оперировать во время моей работы на фронте, краткую историю болезни которого я привожу на память:

Женщина три месяца назад предала в течение трех суток безрезультатные роды, которые на четвертые сутки, при клинической картине разрыва матки, совершенно прекратились; но боли в животе с тех пор не прекращались, а 5—6 дней тому назад она почувствовала повышение температуры, и боли сделались настолько сильными, что вынудили больную обратиться в Витебскую губернскую больницу. При поступлении мною обнаружена резко выраженная картина септического перитонита: t^0 — 39,5 — 40, частый малый пульс, сильно вздутый и резко болезненный живот, тошнота, рвота, задержка стула. В брюшной полости прощупываются части доношенного плода. Шейка матки хорошо сформирована и закрыта, матка увеличена до 5-месячной беременности, дряблая, выделений из матки нет. При разрезе передней брюшной стенки вскрыта полость с ихорозно распадающимся доношенным плодом и ихорозной вонючей жидкостью; детское место в состоянии гнилостного распада расположено в заднем дугласе и сращено с задней стенкой увеличенной, дряблой матки, дно которой на 2—3 пальца не достигает уровня пупка. Плод и детское место удалены, полость выполнена марлей, брюшная рана не зашита. В послеоперационном течении явления перитонита постепенно нарастали, через 4 дня смерть.

ДОКЛАД № 34. Д-р Михайлов К. Н. Туберкулез грудных желез. (Доклад печатается в Сборнике памяти П. П. Морковского).

На предложенные вопросы докладчик ответил, что биопсию при подозрении на рак он считает невинным вмешательством и сослался на статью д-ра Давыдовского, опубликованную в одном из номеров «Клинической медицины». Обнаружить в срезах папочки Кош'а вообще очень трудно, особенно же при

наличии казеозного распада тканей, каковой наступает в железе очень легко. Через хирургическое отделение Губ. больницы прошло около 60 случаев рака за тот же период. У этих больных исследование крови сделано не было, так как в то время всестороннее исследование крови еще не практиковалось. В литературе описаны случаи туберкулеза грудных желез, особенно при генерализации процесса. Во всех почти руководствах и работах рекомендуется операция. Процесс обычно гнездится глубоко и бывает распространен довольно далеко.

ПРЕНИЯ. Д-р Кистер (автореферат). Редкость туберкулеза молочных желез можно иллюстрировать хотя бы тем, что в «Новом хирург. архиве» за все время его существования (с 1921 г.) я нашел только одно сообщение о тbc молочной железы (д-ра Баженова из Орла). Просматривая за 1912, 1913 и до августа 1914 гг. «Zbl. für Hürurgie» (собирающий литературу со всего мира), я нашел только две статьи о тbc молочной железы. Автор одной из этих статей—P o t e r s—указывает, что тbc поражает и млечные протоки; туберкулезная гранулема поражает не только эпителий слизистой, но и *membrana propria*. Другой автор—P u t z u—приводит три формы тbc: диффузную, узловую и неопластическую. Между этими тремя основными формами может быть масса переходных форм. Он указывает на то, что на почве тbc в молочной железе могут развиваться доброкачественные опухоли, как фибромы и миомы. Я полагаю, что в случаях комбинации тbc и сг возможно вторичное развитие сг на почве тbc. Ведь наблюдаем же мы развитие рака на рубцах после ожогов, на люпозных и люэтических язвах и т. д.; то же самое может происходить и в молочной железе.

Я не могу согласиться с К. Н. Михайловым относительно биопсии и думаю, что в этом вопросе хирургии и патолого-анатомы едва ли придут к соглашению: не дальше как в 1928 г. на съезде хирургов проф. Герцен предостерегал от биопсии, ибо с одной стороны она несет в себе опасности, а с другой стороны патолого-анатомический диагноз не всегда сходит с клиническим течением. При тbc молочной железы как раз возможна комбинация с злокачественным новообразованием, и может случиться, что канкрозный участок в биопсию не попадет. Поэтому при подозрении на тbc всегда выгоднее оперировать радикально, тем более, что по статистике тbc молочной железы наблюдается в пожилом возрасте, косметический результат большой роли не играет.

Д-р Сергиевский находит, что оперативное лечение не всегда показано: при множественных свищах иногда приходится прибегать к лечению кварцевой лампой. У него под наблюдением имеется подобный случай с удовлетворительным результатом. Свищи закрываются.

Д-р Михайлов—заключительное слово. (Автореферат не доставлен).

Заседание XV. 26 января.

ДОКЛАД № 35. Д-р Слугинов Н. А. и д-р **Проскураков Л. В.** К патологической анатомии аппендицитов и связи его с другим заболеваниями. (Автореферат не доставлен).

На предложенные вопросы докладчик дал следующие разъяснения. Разработанный материал касается только отростков, удаленных при операции за последние три года. Наличие в материале 4,12% удаленных аппендиксов при отсутствии в них патолого-анатомических изменений объясняется с одной стороны трудностью диагностики в отдельных случаях, с другой

стороны — возможностью наличия в этих случаях клинической картины аппендикулярной колики без каких-либо патолого-анатомических изменений. Туберкулез слепой кишки и аппендикса не попал в таблицу потому, что в обработке подвергался материал только последних трех лет. В музее б-цы имеется шесть таких случаев, оперированных д-рами Мокровским и Рождественским. Кроме саркомы, был случай канкроида червеобразного отростка. Если исключить из 1517 отростков 277, удаленных попутно при гинекологических операциях, то в остальном материале 65% приходится на женщин и 35% на мужчин. Сведений о числе удаленных отростков по отдельным лечебным учреждениям у докладчика не имеется.

ДОКЛАД № 36. Д-р Кадников П. А. О влиянии аппендектомии на желудочную секрецию. (Автореферат не доставлен).

На предложенные вопросы докладчик дал следующие ответы. Туберкулез желез при аппендиците встречается сравнительно редко, а без аппендицита—еще реже. Все аппендициты должны быть оперированы. Клиника проф. Розанова учит, что при аппендиците нарушаются отправления тонких кишек, и получается благодаря этому рефлекторный спазм пилоруса. Это последнее обстоятельство влияет на все желудочное пищеварение. О влиянии любой брюшной операции на желудочное пищеварение наблюдений нет. Симптоматологию аппендицита докладчик считает достаточно известной и нового в этом отношении сказать ничего не может. С профилактической целью операция обычно не производится. Попутно некоторые хирурги удаляют и здоровые отростки. При операции больного Жилина обнаружены спайки отростка со слепой кишкой, подвздошной и этих последних с брюшной стенкой.

ПРЕНИЯ. Д-р Кистер. Этиология аппендицита до сих пор еще недостаточно выяснена. Автор одной крупной статьи, помещенной в «Ergebnisse für Chir. u. Orthopedie» в 1912 или 1913 году, под заглавием: «что мы знаем об этиологии аппендицита», приходит к выводу, что мы еще ничего не знаем. Здесь говорили о симптоматологии аппендицита. В случаях острых, когда все симптомы выражены резко, а также и в части хронических случаев диагноз не представляет затруднений; в большинстве же хронических аппендицитов симптомы бывают не ясны и заставляют ломать голову. Очень часто клинические симптомы не соответствуют патолого-анатомической картине, находимой при операциях. Как пример, могу указать собственный аппендицит: я перенес один легкий приступ на ногах, а второй, с t° 37,2°, я пролежал только половину дня, а на операции отросток оказался у основания облитерированным, дистальный же конец его был растянут гноем. Вообще я считаю диагностику хронического аппендицита делом не легким и чем больше работаю, тем чаще сталкиваюсь с трудностями в постановке диагноза. Н. А. Слугин о в ссылался на германских авторов, ставящих пилороспазм в причинную связь с аппендицитом. У нас об этом много говорят проф. Греков и его школа, да и другие хирурги считают, что болевой рефлекс с аппендикса может вызывать спазм привратника и сфинктера желчного пузыря и др. Случай д-ра Кадникова с исчезновением язвенных симптомов после аппендектомии для меня не убедителен, так как наличие язвы

здесь еще не доказана; а что симптомы могли исчезнуть, это вполне возможно, так как не только аппендектомия, но простой разрез, проведенный вне средней линии, вызывает, согласно опубликованным работам, целый ряд изменений в нервной системе. И для лечения язвы желудка предложена масса операций: тут, кроме резекции, мы видим и гастро-энтеростомию, и перевязку сосудов, и операции на нервах, и впрыскивания спирта. Поэтому не было бы удивительно, если бы и аппендектомия в некоторых случаях повела к улучшению язвенного процесса. Ни в коем случае я не могу согласиться с д-ром Кадниковым насчет малых разрезов. Малые разрезы не дают никаких преимуществ и вместе с тем не позволяют обследовать соседние органы, что из большого разреза сделать можно. В заключение мне хотелось бы высказать пожелание патолого-анатомам, чтобы они произвели гистологическое исследование отростков из всех трупов, попадающих на вскрытие, без выбора. Это могло бы дать интересный материал.

Д-р Лепихин. Задавая свой вопрос, я думал узнать, как распределяются операции аппендектомии по отдельным лечебным учреждениям. Санитарная статистика в аппарате Губздрава была последнее время поставлена слабо из-за отсутствия штата. Теперь штат имеется, и, надо думать, дело пойдет лучше.

Д-р Кадников (заключительное слово). Проверочная работа лаборатории в виде микроскопического исследования всех направленных из больниц препаратов была нужна. Она проделана хорошо. Без достаточных оснований аппендектомии хирургические лечебницы не делают. Большие и малые разрывы при операции аппендектомии—дело привычки и взгляда отдельных хирургов. Я лично из малого разреза обследую все, что нужно: и желчный пузырь, и правые и левые придатки матки.

Д-р Слугинов (заключительное слово). Цель нашей работы — выяснить все патолого-анатомические изменения в удаленных при операциях отростках. Классификация аппендицитов Ашоффа нас вполне удовлетворяет: в ней вполне укладываются все изменения, которые мы находим при изменениях. Вопрос об этих изменениях одинаково интересует и патологов и клиницистов.

Д-р Орлов. Классификация аппендицитов по патолого-анатомическим признакам клиницистов удовлетворить не может. Для клинициста прежде всего возникает вопрос, нужно ли оперировать данный случай неотложно, нужно ли выждать и отложить операцию до более благоприятных условий, или придется вовсе отказаться от операции. Для решения первых двух вопросов, как бы оно ни было трудно, все же имеются определенные клинические данные и методы исследования, пользуясь которыми, можно не только определить заболевание червеобразного отростка, но и дифференцировать от других заболеваний полости таза. Для острых и подострых аппендицитов показания к операции точно установлены. Для хронических же аппендицитов не только показания к операции, но и постановка диагноза являются спорными. Хронические колиты, периколиты, тифлиты и перитифлиты без наличия воспалительных изменений в червеобразном отростке, подвижная слепая кишка, расширение слепой кишки—это все такие заболевания, которые могут сопровождаться симптомами, схожими с симптомами хронического аппендицита, хотя эти заболевания не имеют отношения к

аппендициту и требуют совершенно иной терапии. Недостаточно точный, а потому и неправильный диагноз в подобных случаях служит причиной того, что часто операция аппендектомии делается напрасно, без наличия каких-либо патолого-анатомических изменений в самом отростке. В подобных случаях, после аппендектомии, боли, по поводу которых производилась операция, очень часто остаются без изменения. С другой стороны, бывают случаи, в которых аппендикулярные боли после операции совершенно исчезают, несмотря на то, что в удаленном отростке не обнаруживается никаких патологических изменений. Проф. Абрикосов такое расхождение клинического диагноза с патолого-анатомическим объясняет тем, что «в основе клинического аппендицита не всегда лежит анатомический аппендицит, а патолого-анатомы не всегда согласно объясняют одни и те же гистологические картины». Так, напр., «наличность в стенке отростка инфильтрации эозинофилами и лимфоидными элементами (без других признаков воспаления), по мнению проф. Абрикосова, не представляется безусловно патологическим явлением; такие картины, встречающиеся нередко и в других отделах кишечника, могут относиться к «физиологическому воспалению» сопровождающему некоторые фазы пищеварения и всасывания».

Заседание XVI. 9 февраля 1929 года.

ДОКЛАД № 37. Орлов А. Н. Демонстрация б-ной С. и препарата после операции чревосечения, по поводу доношенной брюшной беременности.

А. Н. Орлов демонстрирует больную С., которой была произведена операция чревосечения, и из брюшной полости был извлечен мертвый доношенный плод, покрытый блестящей, значительной плотности пленкой, плотно облегающей все части плода и сращенной с ним. Вместе с плодом удалена плацента, покрывавшая дно матки наподобие шляпки гриба и плотно сращенная с самым дном матки, которое пришлось подвергнуть частичной резекции. При исследовании резецированного дна матки зондом удалось найти в нем ход, ведущий к месту сращения с плацентой, где из-под плаценты отходит мумифицированная пуповина. Докладчик на основании всей картины болезни и изучения препарата приходит к выводу, что в данном случае мы имеем дело с разрывом дна матки и выпадением через этот разрыв в брюшную полость доношенного плода. Последовавшее за плодом детское место закупорило отверстие разрыва в дне матки, в дальнейшем плотно срослось с дном матки, покрыв последнюю, как шляпкой.

После этого д-р Орлов демонстрирует препарат большой отечной фибромиомы матки, удаленной оперативным путем вместе с маткой. Случай представляет интерес в виду быстрого роста опухоли после повторного пользования больной на

курорте по поводу не гинекологического заболевания, несмотря на наличие опухоли матки и противопоказание к курортному лечению. Отсюда докладчиком делается соответствующий вывод к более тщательному и внимательному отбору больных на курорты, для чего необходимо привлекать специалистов.

ДОКЛАД № 38. Д-р Иванов И. Г. Случай врожденного отсутствия желчных протоков у ребенка. (Автореферат не доставлен).

Докладчик сообщает историю болезни и существующие литературные данные, касающиеся вопроса об отсутствии желчных путей.

Д-р Кадников информирует собрание о причине постановки этого сообщения на обсуждение пленума Ассоциации. Оглашает письмо отца ребенка с жалобой на неправильные действия врача **Цветкова**.

ПРЕНИЯ. Д-р Михайлов. Из подробного анализа патолого-анатомических и гистологических данных вытекает следующее: ребенок родился с отсутствием желчных протоков, и желчный пузырь, имеющий щелевидный просвет, не содержал никогда желчи. На почве застоя желчи в печени, в последней произошли значительные изменения в строении с развитием соединительной ткани погибших печеночных клеток, с характерными признаками, напоминающими комбинацию цирроза **Напот** и билиарного. Отсюда врожденная желтуха и понижение свертываемости крови, что повело к кровотечению.

Д-р Кистер. Заявление отца умершего ребенка для меня вполне понятно: родители всегда склонны обвинять в смерти детей тех врачей, которые их лечили, особенно хирургов. Если бы ребенок умер без хирургического вмешательства, то может быть никаких заявлений не было бы, а раз произведена какая бы то ни было операция, стало быть ребенка «зарезали». Нам, хирургам, с этим явлением постоянно приходится иметь дело. Здесь я хотел бы обратить внимание товарищей на некоторую неосторожность в разговорах с родственниками ребенка в амбулатории. Врач сказал, что «болезнь запущена». Этим как бы бросается упрек участковому врачу, лечившему больного. На самом же деле участковый врач, не будучи в состоянии разобраться в этом трудном случае, добросовестно отправил ребенка в Вологду. Затем в амбулатории советовали «обезжиренное питание» и направили ребенка в больницу. Я считаю, что, направляя больного в больницу, не следует давать никаких советов, ибо в больнице более благоприятные условия для диагностики, и то, что в амбулатории не выясняется, в больнице может быть выяснено, а следовательно и лечение в больнице будет проведено то, которое нужно. Амбулаторные же советы могут оказаться несостоятельными при более тщательном исследовании и наблюдении. Говорить о необходимости реакции **Вассермана** здесь не приходится. Скорее можно было бы упрекнуть **д-ра Иванова**, если бы он не проделал ее. Нужен ли был разрез для обнажения вены? Я полагаю, что **д-р Цветков** в делал не мало пункций вен, и если здесь перед пункцией сделал небольшой разрез, то очевидно это необходимо. Отец ребенка подчеркивает, что это была в тот день пятая операция. Нам приходится делать по 5—6 настоящих операций, и обнажение вены никто из нас не будет считать операцией, ибо сделать пять таких «операций» — все равно, что ничего не сделать. Опасность холемического кровотечения здесь, конечно, была. Но ведь мы сплошь и рядом оперируем желтушных больных, производим им большие, продолжительные операции. Конечно, при этом мы имеем в виду возможность кровотечения и в случае его возникновения принимаем ряд

мер, указанных в различных руководствах и монографиях (Федоров). Эти же меры были приняты и здесь д-ром Цветковым. Но если они оказались безрезультатными, то здесь не вина д-ра Цветкова, а просто роковая случайность. Единственно, в чем можно было бы упрекнуть врачей, это в том, что они не предупредили родителей о возможности холемического кровотечения. Но д-р Иванов говорил об этом матери, так что она знала, на что идет.

ДОКЛАД № 39. Д-р Никитин А. Н. Случай резекции 594 см тонкой кишки по поводу острого тромбоза верхней брыжеечной вены.

(Доклад напечатан в «Нов. хир. архиве» 1929 г., т. XIX, кн. 1).

Автор описывает случай острого тромбоза верхней брыжеечной вены, излеченный резекцией почти всей тощей и подвздошной тонкой кишки—594 см и представляющий несомненный уникум и большой теоретический и практический интерес, вследствие чего этот случай автором был подвергнут детальному разбору и анализу в направлении: начальной симптоматики, предела сознательной резекции кишек, этиологии тромбо-эмболии и, до известной степени, желудочно-кишечного химизма, поскольку это было возможно в условиях провинции.

ПРЕНИЯ. Д-р Кистер А. К. Этиология тромбоза в данном случае для меня не совсем ясна. Меня не удовлетворяют ссылки на предшествовавшие операции. Я понимаю возникновение тромбоза через 1—2—3 дня после операции, произведенной в не вполне асептических условиях. Например, тромбоз V. ileo-coecal., а затем и самой V. mesenter. superioris после операции гангренозного аппендицита. Тут инфекция играет важную и первую роль в возникновении тромбоза. В тех же случаях, когда операция производится в асептических условиях, образования тромбов не наступает. Почему же здесь через 6 месяцев после асептической операции появился тромбоз? Мне кажется, причинной связи тут нет. Ведь мы чуть ли не ежедневно делаем резекции и желудка, и кишек, и сальника; удаляем придатки и т. д. и вместе с тем тромбоза не имеем. Не было ли здесь какого-нибудь патологического состояния крови, способствовавшего повышенной свертываемости? Ведь после смерти во всех сосудах не было найдено ни капли жидкой крови,—вся она превратилась в сгустки.

Что же касается данного случая и всего доклада вообще, то доклад представляет большой интерес, так как касается чрезвычайно редкого по своей обширности случая резекции кишечника, окончившегося благополучно, ибо смерть здесь последовала после нескольких месяцев полного здоровья, сопровождавшегося злоупотреблениями и в отношении пищи, и в отношении всего образа жизни.

Доклад же сам по себе представляет колоссальную работу, проделанную автором как в смысле всевозможных лабораторных исследований, так и смысле литературной обработки, что мне и хочется здесь подчеркнуть.

Д-р Михайлов разобрал патолого-анатомическую картину вскрытия трупа данного больного и высказал подозрение об эмболии средней мозговой артерии.

Д-р Орлов. Сообщение А. Н. Никитина представляет не только большой теоретический интерес, но также и важное практическое значение в смысле выяснения возможности излечения подобных больных оперативным путем. Нам пришлось наблюдать три случая тромбоза верхней брыжеечной вены, которые нами не оперировались, а на основании сообщения д-ра Никитина и патолого-анатомической картины, обнаруженной при вскрытии умерших, надо допустить, что своевременной операцией этих больных можно было бы спасти.

Первый случай относится к 13-летней девочке, оперированной по поводу болезни Банти экстирпацией селезенки. На 14-й день после операции стали постепенно развиваться явления непроходимости кишек, которые нами были отнесены на счет возможного послеоперационного перитонита. Принимаемая во внимание малый возраст и источник больной от основной болезни (*Morbus Banti* в третьей стадии с циррозом печени и асцитом), а также предполагаемый перитонит в связи с перенесенной операцией, после консультации с товарищем-хирургом было решено воздержаться от повторного чревосечения. На вскрытии никаких признаков перитонита не найдено, а обнаружена омертвевшая петля тонкой кишки около 20 см длиной с тромбозом соответствующей ветви верхней брыжеечной вены. Операция в данном случае, вероятно, оказалась бы для больной благотворительной. (Случай описан д-ром Мокровским в Юбилейном сборнике А. Н. Орлова, в приложении к «Врач. вестнику Вологодского Губздрава» 1921 г. Август—декабрь)

Второй случай. Б-ная 60 л. 22—XII—1912 г. доставлена в больницу с непроходимостью кишек, через несколько дней после заболевания в запущенном состоянии; умерла без операции, на вскрытии обнаружено омертвление большого отрезка тонкой кишки на почве тромбоза верхней брыжеечной вены (см. Мед.-хозяйств. отчет Волог. Губ. земства за 1912 г.). Третий случай наблюдался нами в повоенный период, в 1918/19 г., когда печатные отчеты по больнице прекратили свое существование, почему детали случая нельзя восстановить. Из анамнеза и клинического наблюдения этих трех случаев можно вывести заключение, что симптомы заболевания, проявляясь относительной непроходимостью кишек, ближе всего напоминают инвагинацию кишек, до кровавых испражнений включительно, но при отсутствии объективных данных для инвагинации в виде определенной опухоли; зато резко выступает местный метеоризм в виде изолированно раздутых газами отдельных петель кишек.

Д-р Никитин. Заключительное слово.

Нет данных обвинять инфекцию во всех случаях тромбоза эмболии, как думает д-р Кистер, так как имеются и асептические тромбозы, например, после операции на *Varices cruris*. Вполне согласен с д-ром Михайловым в том, что остаточный азот в количестве 42,3 мм есть норма, и что смерть больного последовала от эмболии одной из ветвей *art. Fossae Silvae*. Три случая тромбоза брыжеечных сосудов, упомянутые д-ром Орловым, будут мною учтены при печатании моего доклада. Естественно, что мой доклад должен был вызвать прения и о сущности и месте образования желчных пигментов, об авитаминозе и голодании вообще и т. д., так как дальнейший прогресс хирургии всецело будет обязан изучению биологических законов.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ДОКЛАДЫ, ЗАЧИТАННЫЕ В НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ В 1928 Г.

Из хирург. отделения Вологодской уездной б-цы (зав. д-р Кистер А. К.) и прозектуры Вологодской губернской б-цы (зав. д-р Михайлов К. Н.)

К вопросу о *Spina bifida cystica*

Д-р Крюковской И. Г.

Своеобразный дефект развития, врожденное расщепление дужек позвонков *Spina bifida* сравнительно редко наблюдается в клинической практике. Недоразвитие позвоночника обычно влечет за собою и неправильное развитие спинного мозга, результатом чего является и разнообразие клинических симптомов, ставящихся в причинной связи с различными формами *Spinae bifidae*.

Spina bifida впервые была описана и изображена *Tulpius*'ом в 1641 году (*Tillmans*). Общепринятой классификацией встречающихся форм *Spinae bifidae*—в настоящее время является классификация *Маршанда* и *Реклингаузена*, согласно которой различают два главных вида *Spinae bifidae*:

1—*Spina bifida totalis (Rachischisis)*, т.-е. полное расщепление дуг позвонков, сопровождающееся полным или частичным отсутствием спинного мозга, или расщепление его на две половины (*диастематомиелия*). Данная форма может встречаться на всех уровнях позвоночника и, по понятным причинам, большого практического значения не имеет.

II вид *Spinae bifidae cysticae (Hydrorrhachis)* представляет выступающий наружу замкнутый мешок в виде кисты. От кистовидной формы нужно выделить *Spinam bifidam occultam*, когда отсутствует заметная снаружи опухоль, но которая имеет значительный практический и клинический интерес. В зависимости от элементов, входящих в состав кистовидной опухоли, различают следующие виды *Spinae bifidae cysticae (Recklinghausen)*: 1) *Meningocele*, 2) *Myelocystocele*, 3) *Myelocele*, 4) *Myelomeningocele*, и 5) *Myelocystomeningocele*.

Meningocele представляет кистовидное выпячивание оболочек спинного мозга—наиболее редкая форма *Spinae bifidae cysticae*; так, по статистике *Taruffi*, на 181 случай *Meningocele* насчитывается 24 случая.

Myelocystocele представляет кистовидное выпячивание центрального канала спинного мозга; при отсутствии оболочек, если оно сочетается с кистозным растяжением оболочек, то образуется *Myelocystomeningocele*. *Myelocele* представляет частичное или полное выхождение спинного мозга через костный

дефект в позвоночных дугах. Myelomeningocele—наиболее часто встречающаяся разновидность Spinae bifidae—представляет сочетание двух форм: Meningocele и myelocoele, т.-е. в состав стенки грыжевого мешка будет входить, кроме оболочек спинного мозга, сам спинной мозг. Вещество спинного мозга, обычно недоразвитое, входит в состав кисты в виде сосудисто-мозговой площадки агеае medullo-vasculosa, оболочки в виде telae epithelioserosae. Кожа или покрывает всю опухоль, или часто отсутствует, или по краям покрывает опухоль в виде zonae dermaticae. Наиболее частая локализация Spinae bifidae—пояснично-крестцовая область. Величина выпячивания колеблется от величины лесного ореха до величины головки новорожденного. Сообщение полости кисты с позвоночником бывает различной ширины или же совершенно отсутствует. Обычно киста располагается кзади от позвоночника и чрезвычайно редко кпереди (Spina bifida anterior). По литературным данным описаны единичные случаи (Tillmans).

Spina bifida occulta была случайно открыта Вирховым в 1875 году (цит. по Остен-Сакену, «Н. Х. А.», № 22/23). У больной, умершей от тифа, случайно обратили внимание (перед вскрытием трупа) на поясничный гипертрихоз. Одновременно с этой находкой Вирхов получил письмо из Греции с извещением, что там среди новобранцев встречаются хвостатые люди. По фотографии Вирхов признал эти случаи аналогичными своему. Таким образом, Spina bifida occulta может сопровождаться хвостом или гривой на спине (гипертрихоз) и клинически не проявляться. Что же касается клинической картины Spinae bifidae, то она всецело зависит от патолого-анатомических особенностей каждого случая. Большей частью кистовидная форма наблюдается в раннем детском возрасте, значительная часть детей гибнет вскоре после рождения. По Wernitz'у (Tillmans), из 90 неоперированных детей большинство погибло в течение первых пяти недель, лишь 20 прожили больше 5 лет. По Moore'у, из 385 случаев в 23% имелись осложнения параличами, головной водянкой, косолопостью и т. д. В виду того, что Spina bifida наичаще встречается в пояснично-крестцовой области, то паретические, трофические расстройства, пороки развития наблюдаются главным образом в нижних конечностях, мочевом пузыре, прямой кишке и половых органах. В зависимости от Spinae bifidae ставят косолопость, плоскостопие, «Eupresis», дивертикулы мочевого пузыря, трофические язвы, выпадение прямой кишки и матки. Абрикосов («Медицинское обозрение», 1908 г.) описал случай совместного существования Spinae bifidae с Megacolon у девочки двух лет. Еще Вирхов и Хан указывали (Остен-Сакен), что люди с поясничной расщелиной, скрытой под избытком волос, вероятно служили образчиками для древнегреческих фавнов и для средневекового чорта с хвостом и козлиной или лошадиной ногой.

Шамбуров («Р. кл.», № 28) сообщает о благоприятных результатах оперативного лечения *Spinae bifidae occultaе*, при наличии люмбо-ишиалгических болей, упорно не поддающихся обычным методам терапевтического воздействия. Боли он ставит в связи с ущемлением и сдавливанием мозговых оболочек и нервных стволов при движениях позвоночника. Весь симптомокомплекс клинических проявлений, наблюдающийся при *Spinae bifidae occultaе*, Фукс объединяет под термином—«миэлодисплазия», считая этиологическим моментом—дисплазию нижних сегментов спинного мозга—«миэлодисплазию». Симптомокомплекс «миэлодисплазии» относится главным образом к невропатологии.

Переходя к этиологии и патогенезу *Spinae bifidae*, нужно сказать, что в имеющейся литературе по этому вопросу мы не найдем какой-либо объединяющей общеприятной теории, под углом зрения которой можно было бы удовлетворительно объяснить происхождения различных форм *Spinae bifidae*, несмотря на большое количество работ, посвященных этому вопросу. Recklinghausen и Muscatello объясняют происхождение *Spinae bifidae* аплазией позвоночника вследствие недостаточного роста бластодермы. В основе Myelocystocele и Myelomeningocele Recklinghausen усматривает недостаточный рост позвоночника, в котором нормально растущий спинной мозг перегибается. По Tourneux, Martin'у, Marschand'у и Tillmans'у, изменения при *Spinae bifidae* объясняются неполным отделением мозговой пластинки от рогового листка. Причины аномального развития позвоночника и спинного мозга нужно отнести к самым ранним процессам эмбрионального развития. Сложность и многообразие эмбриологических процессов, развивающихся на дорзальной поверхности зародыша, при малейших отклонениях от нормы ведет к неправильностям развития.

Закладка нервной ткани, в виде мозговой пластинки, происходит в очень ранней стадии; уже на третьей неделе развития она превращается в медуллярную трубку. Вокруг медуллярной пластинки закладывается *Chorda dorsalis*, прототип скелета, причем элементы, из которых образуется позвоночник, начинают расти навстречу друг другу на втором месяце эмбриональной жизни. Исходя из этого, можно полагать, что первичное незакрытие медуллярной пластинки ведет к неакрытию скелетогенной дуги, особенно считаясь с возможностью сращений между отдельными пластинками. Распознавание *Spinae bifidae* не трудно. Обычно с одновременным существованием дефекта в позвоночнике имеется кистовидная опухоль, появляющаяся в большинстве случаев с самого рождения. Распознавание между отдельными формами *Spinae bifidae* зачастую невозможно. Большие услуги при постановке диагноза может оказать рентген. *Spinam bifidam cysticam* можно смешать с врожденными опухольями крестца. Лечение *Spinae bifidae*, как метод выбора,

оперативное. Наиболее подходящие формы для операции—Meningocele и Spina bifida occulta, наименее—случаи, когда в состав кисты входят элементы спинного мозга. Противопоказанием являются: головная водянка, тяжелые параличи, значительные дефекты со стороны центральной нервной системы. Из консервативных методов предлагались: прокол мешка с последующим впрыскиванием раздражающих веществ с целью вызвать реактивные изменения в мешке. Оперативные способы сводятся к иссечению мешка с последующим пластическим закрытием дефекта костно-надкостничными, мышечно-апоневротическими лоскутами. При иссечении мешка по возможности щадить нервные элементы, что не всегда возможно, как, например, Флеров («Врач. газета», № 27, 1924 г.) в своем случае ампутировал 2 см конца спинного мозга, интимно спаянного со стенкой мешка, без вреда для пациента. Наиболее употребительные костно-пластические способы: Döllinger'a—Зененко, где для пластики берутся зачатки дуг позвонкой и тела позвонков. При способе проф. Боброва для пластики берутся пластинки из Os ilei. Ламперт из клиники проф. Герцена («Н. Х. А.», № 25) рекомендует для закрытия дефекта свободную пластику—костно-надкостничный лоскут с голени, лопатки, считая метод Döllinger'a—Зиненко мало пригодным в виду того, что трансплантатом служат уродливо развивающиеся ткани с пониженной пластической способностью. Проф. Борман («Казанск. мед. журнал», 1925 г. №№ 18, 9) считает, что лучше оперировать без костной пластики, и что тогда операция идет быстрее, более асептично, и в ране не будет элементов с пониженным питанием, что очень важно, принимая во внимание юный возраст пациента. Прогноз после операции в общем не благоприятен.

Привожу случай Spinae bifidae cysticae, наблюдавшийся в хирургическом отделении Вологодской уездной б-цы. Больной М.—мальчик 2½ месяцев, поступил в больницу 4/1—1928 г., по поводу опухоли в крестцово-ягодичной области. Из анамнеза выяснилось, что мальчик родился с опухолью, которая при рождении была несколько меньше, но затем, по словам матери, спустя две недели, опухоль стала увеличиваться и заметно прибывать. Роды были нормальные. Мальчик больше лежит на боку, при лежании на спине неспокоен, кричит. Никаких уродств в семье мать не отмечает. Имеет трех нормальных детей

Status praesens: в крестцово-ягодичной области имеется опухоль, величиной с две головки новорожденного. В передне-нижней части опухоли виднеется anus, расположенный в самой массе опухоли. Опухоль покрыта резко-напряженной кожей, на коже отмечается излишняя пушковидная волосатость. Сквозь напряженную кожу видны просвечивающие сосуды; опухоль мягко-эластической консистенции, дает ощущение зыбления. Отмечается активная сокращаемость опухоли. При исследовании per rectum удалось ввести только мизинец, — палец сначала идет назад, потом прямо вверх. Rectum сдавлена со всех сторон опухолью. Активные движения в нижних конечностях существуют. К сожалению, из-за малого возраста пациента не могло быть произведено исследование рентгеном. 5/1—сделана пробная пункция опухоли, получена прозрачная жидкость—цвета бульона. Аппаратом Poten'a удалено около 600,0 см жидкости. При пальпации после пробной пункции

в верхней, крестцовой части опухоли можно было прощупать плотные, бугристые массы, различной величины, пальпация была болезненна для ребенка. Анализ жидкости в Губ. сан.-бактериологической лаборатории дал: цвет желтый, реакция щелочная, удельный вес—1015, белка—3,6%, сахара нет; микроскопически: много лейкоцитов, находящихся в состоянии распада, частично жирно-перерожденных, единичные эритроциты. При посеве роста не получено. Мочевины, креатинина — нет. 10/1 — операция под хлороформовым наркозом (оперировал А. К. К и с т е р), разрез вертикальный, по средней линии через опухоль. По отделении тонкой, атрофированной кожи обнаружена тонкая, соединительно-тканная капсула. По отделении капсулы, при разрезе ее показалась вторая капсула, которую целиком выдлить не удалось в виду технических затруднений, вследствие интимной спаянности капсулы с окружающими тканями. Опухоль выделена частью тупым, частью острым путем. Передняя поверхность опухоли вплотную прилегает к задней поверхности recti, собственно rectum с трех сторон сдавлена опухолью. При дальнейшем выделении оказалось, что ножка опухоли идет в пространстве между крестцом и копчиком, последний пришлось иссечь. После удаления опухоли образовалась полость, на дне которой лежала rectum. Избыток кожи был удален. На остатки глубокой капсулы было наложено несколько шелковых швов, концы которых выведены наружу. Кожа сшита в поперечном направлении. Операцию и наркоз ребенок перенес хорошо. При операции пришлось наблюдать активную сокращаемость опухоли. Макроскопически опухоль, расположенная на задней стенке капсулы, не представляла чего-либо однородного, а состояла из конгломерата отдельных плотных тяжей и небольших кист, со стенками различной толщины, расположенных кучками. Послеоперационное течение осложнилось инфекцией, вследствие близости anus'a от раневой поверхности; каких-либо расстройств со стороны нервной системы не отмечалось. Ребенок выписан здоровым 15 II—28 года.

Протокол гистологического исследования дал следующее (исследование производил д-р М и х а й л о в). При микроскопическом исследовании кусочков, вырезанных из различных мест, грибовидных, темно-красного цвета, сочных разрастаний, покрывающих внутреннюю поверхность стенки представленной кистозной опухоли, всюду видна нежно-сетчатая основа с вкрапленными в нее круглыми клетками, весьма напоминающая по своему строению ткань нейроглии, среди которой отмечаются местами полости неправильной формы и неодинаковой величины, выстланные низким цилиндрическим эпителием, весьма напоминающим по своему виду эпителий спинно-мозгового канала. На периферии препарата кое-где видны ограниченные скопления круглых клеток, базирующихся местами, главным образом, вокруг просветов кровеносных сосудов (периваскулярно). Кое-где видны места с явными признаками микробноза вышеупомянутых тканей, а также расширенные лимфатические щели. Более периферически расположенные участки опухоли состоят из мышечно-соединительной ткани, среди которой видны пучки нервных волокон. При исследовании самой стенки кисты, центральной ее части (полюс), она представляется ясно состоящей из двух слоев: один из них напоминает по строению вышеупомянутую нервную ткань, но с большим количеством кровеносных сосудов, а другой слой представляет типичную волокнистую соединительную ткань, снабженную крупными кровеносными сосудами; обращают на себя внимание маленькие, слоистые, блестящие зернышки, состоящие из солей извести. На периферии кое-где видны участки клеток с обильным содержанием гемосидерина. Переходя к анализу приводимого случая, на основании гистологической и клинической картины, можно сказать, что здесь мы имеем дело со Spina bifida cystica. Подыскать в литературе выраженный случай той или иной формы Spinae bifidae трудно, ибо между ними могут существовать нерезкие переходы. Дефекта в позвоночнике обнаружить не удалось, что возможно; так, например, в случае Марковой («Врачебная газета», 1913 г.) у ребенка 20 месяцев имелась крупная опухоль крестцово-поясничной области, а дефекта обнаружено не было.

В нашем случае несомненно существует аномальное развитие крестцово-копчиковой области, именно *hiatus sacralis*, вместе с неправильным развитием спинного мозга, с низким стоянием *Conus medullaris*, причем в состав кисты входят следующие элементы на основании гистологического исследования: сосудисто-мозговая площадка, *area medullo-vasculosa*, нетипично выраженная глиозная ткань, нервы, мягкая оболочка спинного мозга и эпителий, напоминающий по своему строению эпителий спинно-мозгового канала; на основании строения опухоли ее можно причислить к той форме *Spinae bifidae cysticae*, которая называется *Myelocystomeningocele*.

На основании анализа жидкости, содержащейся в кисте, и рубцовых изменений стенки кисты, найденных при операции, надо полагать, что в полости кисты возник воспалительный процесс, под влиянием которого повидимому произошла облитерация нижней части центрального канала спинного мозга, расположенного в данном случае ниже, чем в норме, вследствие чего и не наблюдалось истечения спинно-мозговой жидкости при операции.

Относительно частоты нахождения *Spinae bifidae sacralis* у детей оказывается, что этот дефект развития встречается в 12%, — процент, установленный Гинце (цитир. по Ламперту), на основании 700 рентгенограмм, так что сама по себе *Spina bifida* без изменений со стороны спинного мозга и его оболочек не есть патологическое явление. Сперанский («В. Х. и П. О.», кн. 13) на основании тщательного изучения 105 крестцов, приходит к выводу, что дефекты расщепления встречаются очень часто и должны рассматриваться, как анатомические варианты, связанные с процессами редукции крестцовых позвонков, в связи с переходом туловища в процессе эволюции из горизонтального положения в вертикальное.

Во всяком случае мы не можем еще до сих пор сказать, что клиническая картина *Spinae bifidae* нами вполне изучена, и потребуется еще известное время, когда при дружной совместной работе хирурга, невропатолога, патолого-анатома все это учение примет стройную, законченную форму.

Из санитарно-гигиенического отделения Вологодской
губернской сан.-бактериологической лаборатории (заведующий
д-р Михайлов К. Н.)

К вопросу о питьевом водоснабжении сухонских рабочих поселков в связи с загрязнением реки Сухоны сточными водами целлюлозно-бумажных предприятий

Д-р Лебедев В. В.

Сухонские предприятия—Свердловский целлюлозный завод (быв. Печаткино) и целлюлозно-бумажная фабрика Сокол—являются крупными предприятиями всесоюзного значения, выпускаемая ежегодно до 50% всей целлюлозы, вырабатываемой в Союзе.

Для Вологодской губернии они являются основными пунктами, где сосредоточена главная часть рабочего населения,—занимая в то же время и по стоимости продукции первое место. Так, в 1927 году на упомянутых предприятиях было занято 3882 рабочих, и выпуск продукции равнялся—10 230 тыс. руб., между тем как, например, в лесной промышленности, разбросанной более чем в 10 пунктах губернии, было (по предприятиям Вологдолеса) занято 1070 чел.—стоимость продукции 510 тыс. руб. В шести отраслях местной промышленности (силикатной, кожевенной, химическо-пищевой, швейной, кирпичной, винокуренной) занято рабочих 1130 и выработано 2024 тыс. руб.

Несмотря на такое выдающееся положение этих предприятий в экономике губернии, благоустройство и санитарное состояние рабочих поселков, растущих стихийно, находится в тяжелом положении и требует к себе особого внимания. Сухонские предприятия в связи с наличием хорошей сырьевой базы, удобных путей сообщения и проведения с каждым годом мероприятий по расширению и рационализации производства имеют бесспорные перспективы роста. С ростом предприятия, как общеизвестно, параллельно растет населенность фабрично-заводских поселков.

Этот рост безусловно подлежит регулированию в санитарном и техническом отношении. Наблюдающийся до сих пор стихийный рост населения около фабрик влечет за собою все отрицательные последствия в санитарно-гигиеническом отношении в смысле повышенной заболеваемости и смертности населения.

Среди вопросов благоустройства Сухонских рабочих поселков особенно тяжелым и до сих пор не разрешенным является вопрос о здоровой питьевой воде. Основным и пока единственным источником водоснабжения района является река Сухона, но она в то же время является единственным местом для спуска громадных количеств сточных вод с предприятий.

Наблюдающееся из года в год расширение производства ведет за собой ухудшение состава и свойств воды в реке Сухоне. Между органами здравоохранения и администрацией предприятий в течение нескольких лет идет переписка по вопросу об улучшении питьевого водоснабжения в поселках в связи с порчей воды реки, однако со стороны хозяйственников требование органов здравоохранения о развешивании мероприятий за счет заводоуправления встречается отпор.

В качестве одного из главных аргументов выставляется положение о том, что вопрос о загрязнении реки сточными водами не доказан.

Докладчику пришлось столкнуться с этим вопросом в виду предложения со стороны органов здравоохранения охарактеризовать питьевую воду, отпускаемую населению фабрик из водопровода, и установить, какое влияние в смысле изменения качества и свойств воды реки Сухоны имеет выпуск сточных вод. При изучении этих вопросов в Вологодской губернской санитарно-бактериологической лаборатории была произведена неоднократная выемка проб воды в реке Сухоне на протяжении 25 километров, начиная за 5 километров выше фабрик, и в дальнейшем произведен санитарно-химический и бактериологический анализ. Вместе с этим были собраны материалы, характеризующие режим реки Сухоны, санитарное состояние поселков, состояние канализационной сети и очистных сооружений завода и фабрик. Получены данные, характеризующие сточные воды, поступающие в реку Сухону.

В процессе этой работы установлен контакт с комитетом водоохранения ВСНХ, так как им в районе фабрик производились наблюдения, хотя и по другим заданиям. В результате проделанной работы были получены ценные материалы, устанавливающие загрязнение реки Сухоны в районе фабрик примерно до 10 километров. Эти материалы были с соответствующими выводами представлены в Санитарно-техническую комиссию Ученого медицинского совета при Наркомздраве, где были рассмотрены, и по ним сделаны ниже помещаемые организационные и практические предложения Наркомздрова.

Фабрики потребляют от 2,5 миллионов ведер в сутки каждая, выпуская эту воду загрязненной в Сухону, в близком расстоянии от водозаборных установок.

Сточные воды временами сильно загрязнены взвешенным веществом (главным образом целлюлозой)—от 303 мг до 1,5 г на 1 литр.

Плотный остаток иногда достигает 1,14 г на 1 литр, в том числе 81% органических веществ.

Вместе с отработанными сточными водами спускаются фекалии и содержимое выгребов из присоединенных к заводской канализации домов.

Сточные воды, вступая в реку Сухону, медленно смешиваются с водой реки. На протяжении нескольких километров наблюдаются не замерзающие в зимнее время струи сточных вод.

Влияние выпускаемых сточных вод в Сухону отражается в увеличении плотного остатка, резком повышении количества органических веществ, нарастании жесткости, получением кислой реакции. Понижение растворенного кислорода — дефицит наблюдается не менее 50%, опускаясь в зимние месяцы до 100%.

Наблюдается повышение и минеральной части плотного остатка. Бактериологически вода крайне загрязнена, — титр *Bact. coli* в районе фабрик доходит до 0,01 см³ и стойко держится на протяжении до 10 километров.

В составе воды реки Сухоны наблюдаются резкие изменения в связи с ее режимом.

Режим реки крайне непостоянен. Колебания расхода воды от 300 м³ в 1 с. в весеннее время, в 3—4 м³ в летние месяцы и средний расход 30—40 м³ при среднем уровне воды.

Соотношение расхода сточных вод к расходу воды в реке колеблется от 1:10 000 до 1:2000.

Обратные течения реки Сухоны, наблюдающиеся в этом районе, распространяют загрязнение, производимое фабриками, на несколько километров вверх по течению. Обратные течения бывают, как правило, во время ледохода весной в течение 10—15 дней и летом при юго-восточных ветрах.

Питьевая вода в рабочие поселки подается от общей заводской сети. Очистка поступающей в водопровод воды фабрикой не производится, — если не считать процеживания через мелкие медные сетки и последующее отстаивание в течение 3—4 часов.

Характеристика водопроводной воды:

Внешний вид и физические свойства.

Вода в сети всегда более или менее мутна и окрашена. Прозрачность, наблюдавшаяся нами, равнялась максимум 31 см, минимум 4 см, окраска — от слабо-желтого до буроватого цвета. На дне отстаивается всегда аморфный, желтый осадок, количество которого меняется в связи со временем года и (летом) с направлением ветров. Зимой осадка меньше. Весной и осенью и особенно при юго-восточном ветре осадка очень много. При взятии проб из кранов, без пропуска через мешок-«фильтр», в воде иногда видны невооруженным глазом мелкие представители животного мира (дафнии и т. п.).

Вкус воды для лиц, привыкших к водопроводной — артезианской воде, всегда является неприятным, причем отмечают затхлый запах и какой-то специфический привкус.

Лица, обычно питающиеся сухонской водой, отмечают неприятные вкус и запах в конце зимы (февраль), весной (март

и апрель) и осенью (сентябрь). Температура воды в сети, как и в водоеме, непостоянна, при температуре воды в реке 5° С— в водопроводной сети 8°.

Результаты химических определений

Реакция водопроводной воды определялась на месте как слабо-кислая, в лаборатории—нейтральная.

В виду того, что иногда с момента взятия пробы до поступления воды в лабораторию проходило несколько дней, замечались изменения во внешнем виде воды по сравнению с записями на месте. Вода отстаивалась, временами теряя в значительной степени окраску. В отношении химических определений воды получены следующие данные на 1 литр в миллиграммах:

1) Количество взвешенных веществ, высушенных при 110° С, колебалось от	4—6 до 40	<i>мг</i>
2) Плотный остаток, высушенный при 110° С, в профильтрованной воде колеблется от	105 до 250	<i>мг</i>
3) Плотный остаток после прокаливании	132—180	<i>мг</i>
4) Потеря при прокаливании	60—110	<i>мг</i>
5) Количество хлоридов довольно устойчиво—от	4 до 8	<i>мг</i>
6) Расход кислорода на окисление органических веществ	13 до 38	<i>мг</i>
7) Соли серной кислоты—от	20 до 30	<i>мг</i>
8) Соли железа (колориметрически)—от	0,5 до 1,5	<i>мг</i>
9) Жесткость общая—от	6,72 до 12,8° С	(зимой)
10) Соли азотистой кислоты	редко, чаще результат испытания отрицательный	
11) Соли азотной кислоты		
12) Аммиак всегда присутствует	0,5—1	<i>мг</i>

Бактериологические исследования давали следующее:

А) Временами громадный рост на желатине и агаре колоний и плесени.

Б) Титр *Bact. coli* колебался от 1 до 0,01 *см*³.

Пробы поступали в январе, апреле, августе 1925 г. и в октябре, мае, июне 1926 г., в январе, марте, августе, октябре 1927 года.

Санитарная оценка воды, как питьевой и отпускаемой населению в централизованном порядке, лабораторией дана в следующем виде.

Вода не доброкачественная, вследствие дурных физических свойств, громадного развития микрофлоры. В частности, в виду высокого титра *Bact. coli*, должна рассматриваться как опасная в санитарном отношении, а потому без предварительной очистки и обезвреживания для питьевых целей не годна.

Увеличенное содержание органических и взвешенных веществ в районе фабрик, наблюдающееся по сравнению с содержанием их в пробах воды, взятых выше фабрик, учет топографических, гидрологических условий фабричного района, а также объективно наблюдаемое разрушение

очистных сооружений и выпуск сточных вод без каких-либо мер к равномерному смешению их с водой реки Сухоны дают право отнести их за счет загрязнения отбросами фабрик.

Увеличение титра *Vact. coli* в пробах воды в районе фабрик в 100 раз против наблюдающегося в воде реки до фабрик можно связать с выпуском, без предварительной очистки,—из канализационных фабричных зданий содержимого уборных, а также со стоками нечистот и отбросов через сеть дренажных и очистительных канав непосредственно в реку.

В результате оценки полученных докладчиком данных и сопоставления их с материалами Комитета водоохраны, комиссия Ученого медицинского совета вынесла следующее постановление, в настоящее время утвержденное наркомом здравоохранения и предложенное для проведения в жизнь:

1. Материалы, предъявленные совещанию, подтверждают полную непригодность в санитарно-гигиеническом отношении питьевой воды, подаваемой фабричным водопроводом в рабочие поселки, и опасность ее в эпидемическом отношении, показателем чего является сильная зараженность воды кишечной палочкой.

2. Централизованное снабжение населения фабрик недоброкачественной водой создает угрозу, при стечении неблагоприятных условий, взрыва массовой эпидемии острых желудочно-кишечных инфекций в районе фабрик, могущей вызвать перебои в работе производства.

3. Непригодность для питьевых целей воды из реки Сухоны на расстоянии 10 километров ее течения в районе фабрик зависит от загрязнения воды реки сточными водами, что установлено Центральным комитетом водоохранения, на основании химических и биологических анализов, химико-бактериологическими данными Вологодской губ. санитарной лаборатории.

4. В виду констатируемого материалами Вологодской санитарной лаборатории значительного повышения титра кишечной палочки в воде реки Сухоны при прохождении ее в районе фабрик, имеются вполне достаточные основания связывать его со спуском фекалий и хозяйственных вод фабрики Печаткина через канализацию, предназначенную для сточных вод фабрик.

5. Сообщенные на заседании материалы Центрального комитета водоохранения о сточных водах Сухонских фабрик и анализы их фабрично-заводской и санитарной лабораторией Вологодского губздравика свидетельствуют о выпуске с фабрик сточных вод с содержанием взвешенных веществ (главным образом волокна) в размерах, превышающих от 3 до 10 раз нормы, установленные Наркомздравом.

6. На основании изложенного следует признать, что:

а) вода реки Сухоны в районе целлюлозно-бумажных фабрик, загрязняемая производственными сточными водами и кишечными микробами при спуске фабриками без предварительной

очистки фекалий и хозяйственных вод, в настоящее время для питьевых целей непригодна и опасна;

б) население фабрик, получающее, вследствие вышеуказанных загрязнений, неудовлетворительную и опасную в санитарном отношении питьевую воду, должно быть обеспечено в срочном порядке как на фабриках, так и в поселках водой надлежащего количества и качества в первую очередь;

в) выпуск в реку фекалий и хозяйственных вод без предварительной очистки Сухонскими фабриками считать недопустимым и подлежащим срочному устранению в виду наличия эпидемической опасности для находящихся ниже фабрик селений;

г) так как Сухонские фабрики спускают в реку сточные воды с большим содержанием взвешенных частиц, превышающим предельные нормы НКЗ от 3 до 10 раз, требование органов здравоохранения к предприятиям об устройстве сооружений по улавливанию взвешенных веществ вполне обоснованно, особенно учитывая вредное и далеко распространяющееся загрязнение ими водоемов, наблюдающееся при отсутствии этих сооружений;

д) принимая во внимание отсутствие в технике способов очистки варочных щелоков сульфит-целлюлозных фабрик, практически приемлемых в настоящий момент, впредь до изыскания этих способов, выпуск варочных щелоков в реку Сухону временно допустим при неременном условии равномерного и быстрого смешения их с водой реки, согласно имеющемуся постановлению Учебного медицинского совета НКЗ по аналогичному вопросу в г. Балахне.

7. Отмечая наметившийся рост целлюлозно-бумажной промышленности в стране и наличие на местах затруднений при решении санитарных вопросов, возникающих в связи с деятельностью фабрик, вследствие недостаточной разработанности норм сточных вод, допустимых пределов загрязнения водоемов, перечня безусловных показателей загрязнения, методики контроля и т. д., совещание признает, что означенные вопросы требуют изучения их через соответствующие институты и научные учреждения, ведающие охраной водоемов, и высказывает пожелание, чтобы эти учреждения приняли на себя консультацию местных лабораторий в их повседневной работе по контролю за очисткой сточных вод и охране водоемов.

Из курортного подотдела Вологодского Губздрав-
отдела

Перспективы работы и строительства в течение сезона на Тотемском курорте

Д-р Кадников П. А.

Громадным недостатком Тотемского курорта является отсутствие общежития на территории курорта, вследствие чего курорт должен нести непроизводительные расходы по ремонту и приспособлению зданий в самом городе, пользование которыми является лишь временным, на время сезона, ремонтировать дороги и содержать транспорт, что выразится приблизительно суммой 5—6 тысяч рублей.

Предполагается приступить в нынешнем году к постройке на территории курорта своего общежития, столовой с клубом и кухни. Желательно, во избежание очередей, приспособление второго здания варниц под ванное здание; необходима расчистка труб: Михайловской, около которой образовать небольшое озерко с целью изучения образования грязи, и другой—Петровской или Евгеньевской—в помощь Богородской трубе, из которой теперь берется рассол; при этом необходимо установить еще запасный бак вместимостью в 5—6 тысяч ведер, на случай ремонта насоса, труб, котельного отделения и т. д. Обслуживание курорта пресной водой может быть произведено из скважин с пресной водой, находящихся на другом берегу реки Ковды; при этом желательно, чтобы этот вопрос был связан с вопросом водоснабжения г. Тотмы питьевой водой, о чем скажет д-р В. В. Лебедев.

Далее предполагается клиническое обследование скважины у Суморинского моста с магниезиальными солями, для чего, по договоренности с Центральным курортологическим институтом в Москве, будет послана вода из этой скважины. По словам лиц, видевших анализ этой воды, этой скважине предстоит большое будущее, так как ее состав приближается к составу Баталинской воды.

В смысле медицинского обслуживания предполагается иметь не менее двух врачей, при этом чтобы больной во время самых ваннных процедур находился непременно под непосредственным наблюдением врача; заведующим курортом обязательно должен быть врач, а не кто-либо другой, как это было в прошлом году, когда в главе стоял совершенно посторонний курортному делу человек, вследствие чего происходили всевозможные курьезы, как, напр., при отведении участка под курорт он без всякого сопротивления согласился на исключение участка с Михайловской трубой, будущей базой грязелечения на курорте, и восстановить этот участок стоило не мало хлопот.

Весьма желательна консультация на курорте гинеколога, невропатолога и хирурга, но это в текущем сезоне едва ли можно осуществить по материальным соображениям.

Курортники должны находиться все время под медицинским наблюдением, для этого приглашаются четыре сестры и пятая массажистка; в прошлом году была лишь одна сестра, она же и массажистка, и, конечно, не могло быть никакого медицинского наблюдения. Питание больных должно быть всецело в ведении курорта, для того, чтобы меню соответствовало диететическим требованиям, а не так, как было в прошлом году, когда питание было передано дому крестьянина, и администрация курорта не могла иметь никакого влияния на него.

Необходимо удлинить срок пребывания на курорте: 30 дней я считаю совершенно недостаточным, и если на южных курортах требуется 5—6 недель, то и в Тотьме, конечно не меньше.

Из санитарно-гигиенического отделения Вологодской губернской сан.-бакт. лаборатории (зав. д-р Михайлов К. Н.).

К вопросу о водоснабжении г. Тотьмы и курорта

Д-р Лебедев В. В.

За последние годы г. Тотьма среди других уездных городов нашей губернии приобретает особое значение как губернский курорт, что естественно требует от органов здравоохранения особенного внимания к санитарным условиям курорта и города.

Среди санитарных условий первое место всегда занимают вопросы водоснабжения. Жители г. Тотьмы, а также вышележащего завода «Коммунар», слободы Зелени и некоторых окружающих деревень пользуются для питья водой реки Сухоны, а также мелких речушек, протекающих по краю города, Ковды и Песьей-Деньги. В очень небольшом количестве население пользуется для питьевых целей колодезной водой, ибо она жестка, мутна и крайне загрязнена.

Река Сухона на всем протяжении города (около 1 км) является основным источником питьевой воды для населения г. Тотьмы. Водопровода в городе нет, и вода доставляется вручную, по преимуществу в ведрах на коромысле, только в учреждения доставляется двумя казенными и тремя-четырьмя частными водовозами. У самого берега с помостов примитивного устройства вода почерпается на глубине не свыше одного метра. Водовозы заезжают в реку и, как нам удалось видеть, лошадь ставят по течению выше, чем зачерпывают воду. Тут же идут полоскание белья, остановка лодок, моторок.

Особенно антисанитарна обстановка паровой пристани и перевоза, работающего круглые сутки и пропускающего около 100—150 подвод в день. Берег к реке понижается ступенеобразно. Местами устроены сходы в виде лесенок, по которым приходится подниматься на высоту 20 метров, местами устроены подъезды к реке, где подъем более пологий, но зато значительно удлиняется путь. Отсюда ясно, что при ширине города около километра—труд по доставке питьевой воды не легкий, в особенности в осеннее и зимнее время. Цена за доставку 1 ведра воды—1 коп. Если попытаться подкинуть расходы населения, считая по 1 ведру на жителя и 1 коп. за ведро, то в год это выразится в сумме до 18—20 тысяч рублей. Как видно, сумма не малая, и она расходуется на загрязненную и опасную в смысле здоровья населения воду.

Начиная с завода «Коммунар», который находится выше в 3 км от центра города (пристани) или в 1,5 км от пригорода Зелени, все верховые воды стекают в реку, будучи крайне загрязненными продуктами человеческого общежития.

Далее почвенные воды, несущие в себе фильтрат из выгребов, в большинстве домов устроенных весьма примитивно, просачиваются сквозь размытый берег. При осмотре берегов можно видеть, как эти просочившиеся воды постепенно сливаются, образуют ручейки, стекающие в реку непосредственно к пунктам забора воды. Прорезающие город три оврага по пути к реке также принимают в себя все загрязненные верховые воды и подтоки клозетных вод. Средний овраг принимает между прочим воду из поглощающих колодцев уездной больницы, в том числе заразного (брюшнотифозного) барака.

Притоки Сухоны, протекающие в верхней части города, загрязняются таким же способом и вследствие своей мелководности каких-либо особых преимуществ не имеют, хотя их берега менее населены.

Картина пользования населения явно недоброкачественной в эпидемическом отношении водой в г. Тотьме вполне ясна.

Во вкусовом отношении вода не редко плохая, так как во время ледохода и после ливней она несет массу всякой грязи и содержит большое количество взвешенных как органических, так и минеральных веществ. Местное население отзывается о воде в это время так: «настоя чай», «тяпушка», «навозная жижа» и т. п.

Временами в г. Тотьме наблюдается большое количество различных острых желудочно-кишечных заболеваний. Общее количество брюшнотифозных заболеваний в уезде за 1926 г. равнялось 391, из них на город приходилось до 50—60 случаев, что составит на 1000 населения 10 случаев. Цифра высокая. Нужно однако отметить, что местное население повидимому в значительной степени переболело, и по отзывам местных медработников болеют брюшным тифом вновь приехавшие на жительство граждане, а среди постоянных жителей—дети.

По материалам Тотемского уздрава, движение брюшного тифа по месяцам в 1926 году имело следующий вид:

	Янв.	Февр.	Март	Апр.	Май	Июнь	Июль	Авг.	Сент.	Окт.	Нояб.	Дек.	Всего
1926 г.	19	11	31	26	32	18	32	55	53	44	23	48	391
в %	4,6	3,6	7,9	6,9	8,1	4,6	8,1	14,5	13,5	11,2	5,1	12,5	100

Нами, согласно заданию Губздравотдела, были взяты пробы воды в р. Сухоне для ее химико-бактериологического исследования. Пробы воды были взяты во время командировки с 2—7 сентября 1927 г. Это совпало со спадом воды до самого низкого уровня. Пароходы перестали ходить. Погода была несколько холодна— t° 14—10 $^{\circ}$ С и хмурая, однако дождя не было.

Пробы воды в г. Тотьме были взяты выше города на 3 км (завод «Коммунар») и ниже на 0,5 км, всего на протяжении 4,5 км. Главным образом пробы были взяты в местах забора питьевой воды. Кроме того, было взято несколько проб из колодцев г. Тотьмы, служащих для хозяйственных целей, из реки Ковды и из скважин, расположенных по берегу реки Ковды в районе курорта в 0,5 км от черты г. Тотьмы и в 1,5 км от р. Сухоны на восток.

Как известно, курорт основан на месте бывших соляных варниц, которые существовали чуть не свыше 200 лет и нарушены 3—4 года тому назад. Скважины, из которых добывался соляной рассол, расположены на берегах реки Ковды и имеют глубину более 200 м.

По берегам и отчасти в русле реки Ковды на протяжении 0,5 км в районе нынешнего курорта удалось насчитать до 23 скважин. Внешний вид этих остатков приблизительно таков. На 0,5—1 м из земли выдается столб, диаметр столба до 80 см, в некоторых столбах можно заметить отверстие, другие забиты пробками или землей и поросли травой.

Одна из таких скважин использована курортом для взятия рассола. После расчистки столба оказалось, что это деревянная труба, диаметром до 50 см из цельного дерева длиной в 24 м. Глубже идет труба несколько меньшего диаметра. При расчистке удалось проследить на глубину до 80 м наличие широких труб, не менее 30—40 см в диаметре. На одну из таких труб нами было обращено внимание, но уже не в целях получения рассола, а в целях выяснения вопроса, не представится ли возможным скважину использовать в целях водоснабжения.

Изучение материалов по геологии дает указание на то, что хорошую грунтовую воду и даже артезианскую, т.-е. идущую

на поверхность под напором, можно получить на глубине около 80—100 м (40—50 саж.). С другой стороны, углубляясь ниже, всегда есть риск иметь солевой раствор большей или меньшей концентрации (Барбот-де-Марни).

При начале работ курорта было замечено опреснение рассола скважины, объясненное местными техническими силами подтоком глубокой грунтовой воды вследствие порчи деревянной трубы. Постановка железной трубы с сальником на глубину до 90 м и таким образом преграждение этого подтока грунтовой воды дало возможность увеличить концентрацию раствора.

При сопоставлении этих фактов и возникает мысль: не удастся ли получить глубокую пресную воду путем преграждения подтока рассола на известной глубине после расчистки одной из заброшенных скважин?

В этих целях нами был произведен следующий опыт. Одна из труб, находящихся на правом, противоположном курорту берегу р. Ковды, была подвергнута расчистке. При осмотре этой скважины было замечено вытекание струйки воды со скоростью 0,5 м в 1 минуту, причем вода при измерении температуры дала 5,4° С, в то время как рядом в Ковде вода имела температуру 8° С, а выше метров на 20 температура воды в реке Ковде была 12,5°, т.-е. имела температуру наружного воздуха. Вытекание воды с температурой в 5,4°С ясно указывало на воду более глубокого происхождения. Когда стали чистить скважину, то из нее было удалено до 50 ведер ила, до 5 штук 10-сантиметровых жердей и масса древесных обломков и палок. Повидимому скважина была заброшена и замусорена. Чистка производилась вручную, причем один из рабочих взялся чистить ее, спустившись в скважину на веревке. По мере очистки вода в скважине стала прибывать значительно быстрее. В первый день (в течение 2 часов) очистка произведена на глубину двух метров. Воды в течение 2 часов накопился столб в 2 метра при диаметре в 50 см. На другой день была взята пожарная машина производительностью в 500 ведер в 1 час, и при помощи ее удалось произвести очистку скважины на 5 метров. Вода стала накапливаться в течение 30—40 минут.

В виду отсутствия каких-либо инструментов, дальнейшие попытки очистить скважину на этом нами закончены. Во время очистки были взяты пробы воды и произведены измерения температуры. Во время этой же работы была найдена разгадка колебания температуры воды в реке Ковде. На дне реки была обнаружена горизонтальная деревянная труба 6", повидимому отводящая воду из одной из заброшенных скважин. Температура воды в этой трубе 5,2°С. На один метр выше в реке 10,2°С. Труба лежит на глубине от поверхности 20 см. Температура воды в реке над устьем трубы по слоям воды 10°—8°—5,2°.

Факт выхода воды из глубоких слоев грунта и, как оказалось при испытании, не сильно минерализованной, вполне можно считать установленным этими, хотя и несовершенными наблюдениями.

Факт этот весьма ценен в том отношении, что он позволяет выдвигать проблему получения грунтовой, а может быть и артезианской воды без значительных затрат, не надо нового бурения. Отсюда можно говорить и об устройстве центрального водоснабжения не только курорта, но и города Тотьмы.

Однако эта проблема может найти свое обоснование лишь в том случае, если вода, получаемая из скважин, будет удовлетворительна как в санитарно-химическом, так и бактериологическом отношении.

Поэтому, подходя к изучению вопроса о водоснабжении г. Тотьмы и курорта, мы считаем необходимым привести аналитические данные не только о воде открытых водоемов, как Сухона, Ковда, Песья-Деньга, но и этой (артезианской) скважины, хотя еще весьма несовершенно очищенной.

Из данных анализа можно видеть, что наименее загрязненной в бактериологическом отношении является вода из пресной скважины и реки Ковды выше курорта. Что касается других источников, то как Сухона с притоками, так и грунтовые неглубокие колодцы имеют высокий показатель фекального загрязнения: титр *Bact. coli*—от 1 до 0,1 см³.

В отношении химического состава можно видеть, что река Сухона имеет малую минерализацию, а отсюда и малую жесткость. Плотный остаток от 120—138 мг на один литр и постоянная жесткость 9,8°.

Притоки Сухоны сильно минерализованы, и повидимому здесь минерализация идет за счет воды, изливающейся из соленосных скважин в районе курорта. Так, река Ковда выше на 1,5 км от курорта имеет плотный остаток 218 мг на 1 литр и количество хлоридов 8,2 мг.

Приближаясь к курорту, т.-е. вступив в район заброшенных скважин, вода начинает сильно минерализоваться и главным образом за счет хлоридов. На 60 м выше курорта—уже 76 мг хлоридов. При этом, например, у устья горизонтальной трубы количество хлоридов громадное—2680 мг. Плотный остаток с 915 мг возрастает до 3,318. Причем устойчивая цифра жесткости общая: 26,88° в н. гр.—выше курорта на 60 метров и 26,89—у горизонтальной трубы, дает право говорить о минерализации воды главным образом за счет поваренной соли.

Что касается колодезной воды, то она плоха: повышены хлориды, жесткость; аммиак, азотистая кислота и обилие солей серной кислоты говорят за сильное и постоянное загрязнение.

Остановливая свое внимание на воде, добытой из так называемой нами пресной скважины, мы можем сделать такой вывод: вода получается из глубоких пресных слоев, связанных

через трубу с соленосным слоем. При затрудненном подтоке воды из соленосного слоя, т.-е. до прочистки, свойства пресной глубокой воды более ясны. Плотный остаток—625 (летучий, в виду попадания сора, необходимо откинуть). Общая жесткость—15,66°—13,44°, щелочность—7,4 в значительной степени приближаются по составу к цифрам, обычным для артезианской скважины г. Вологды.

Усиление откачки, а стало быть и облегчение проникания воды из соленосных слоев, ведет к нарастанию минерализации и главным образом за счет хлоридов.

Связывая все эти факты, можно сделать предположение— о возможности использования для питьевых целей заброшенных соленосных скважин. Для этого их необходимо только прочистить и оборудовать. Факт выхода на дневную поверхность под поверхностным давлением воды из скважины, свидетельствует об артезианской природе этой воды, т.-е. сравнительно хорошо защищенной от случайных внешних загрязнений.

Поскольку при пробной откачке недостаточно еще очищенной от мусора скважины пришлось наблюдать значительно быстрый подток воды,—есть основания предполагать дебет не менее 1000 ведер в 1 час, что при суточной работе насоса может дать до 24 тыс. ведер, т.-е. удовлетворить потребность из расчета 4 ведра на человека в день на 6000 населения.

Принимая во внимание благоприятное расположение курорта в отношении г. Тотьмы и сравнительно незначительную высоту до 20 метров, на которую нужно поднять воду, чтобы самоотекотом подать ее затем в Тотьму, есть основания, возбуждая вопрос о прочистке скважины и оборудовании ее для получения пресной питьевой воды для курорта, ставить одновременно вопрос и о водоснабжении доброкачественной питьевой водой г. Тотьмы.

Здесь необходимо учесть еще исстари развитое среди местного населения искусство делать длинные (до 25 м) сверленные деревянные трубы, а также обилие соответствующего леса.

Все изложенное говорит за то, что в г. Тотьме имеется масса благоприятных условий для удовлетворительного и вполне реального разрешения проблемы о здоровой питьевой воде. Для решения этой проблемы необходимо:

- 1) произвести серьезную очистку одной из наиболее сохранившихся скважин;
- 2) определить ее дебет;
- 3) произвести химический анализ воды;
- 4) установить глубину, на которой находится пресный водоносный слой, на основании изучения данных по геологии местности;
- 5) оборудовать скважину путем закрытия доступа минеральной воде и обделки снаружи в целях защиты от внешних загрязнений;

Результаты исследования воды, поступившей

№№ по пор.	Источник воды и пункт выемки пробы	Внешний вид, физические свойства и качественные химические данные	Результат колич. определения в м на 1 литр						Жестк. в нем. град. по Варта-Зильберу			Бактериол. данные
			Ще-лочн.	Хло-рид.	Плотн. остаток	Лету-чий	Не л-тучий	Окис-ляем.	Общ.	Пост.	Устр.	
1	Река Сухона выше г. Тотьмы в 5 км у Дедова острова середина реки.	Слегка желтовата, без осадка, запаха нет. Прозрачность более 40 см NH ₃ следы, HNO ₂ и HNO ₃ нет, H ₂ SO ₄ следы. Реакция слабо-щелочная.	7,2	3,4	120	20	100	4,6	9,8	9,8	—	1
2	В 3 км от Тотьмы. Река Сухона у лесоп. зав. «Коммунар» середина реки.	Слегка желтовата, без запаха и осадка. Прозрачность более 40 см. NH ₃ следы, HNO ₂ и HNO ₃ нет, H ₂ SO ₄ следы. Реакция щелочная.	7,4	3,2	138	20	118	4,8	9,8	9,8	—	0,1
3	Река Сухона выше г. Тотьмы на 1 км Зеленя у берега.	Слегка желтоватая, без осадка, запаха нет. Прозрачн. более 40 см NH ₃ и HNO ₂ есть, HNO ₃ нет, H ₂ SO ₄ следы. Реакция щелочная.	7,4	3,8	132	18	114	5,3	9,52	9,52	—	0,1
4	Г. Тотьма, река Сухона у места забора питьевой воды Кооператив. угор.	Слегка желтовата, без осадка, запаха нет. Прозрачн. выше 40 см. NH ₃ и HNO ₂ следы, HNO ₃ нет, H ₂ SO ₄ следы. Реакция щелочная.	7,4	3,8	136	18	118	5,2	10,08	10,08	—	0,1
5	Г. Тотьма, река Сухона ниже пере-воза и пристани.	Слегка желтовата, запаха нет, с незначительным аморфным осадком. Прозрачность более 40 см. NH ₃ и HNO ₂ , HNO ₃ есть, H ₂ SO ₄ следы.	7,4	3,8	138	18	120	6,8	11,76	11,76	—	0,1
6	Река Песья - Денга у электростанции.	Бесцветна, без запаха. Прозрачность выше 40 см. Реакция щелочная. HNO ₃ и HNO ₂ есть, H ₂ SO ₄ заметно следы.	7,2	76,4	490	190	300	16,2	5,60	0,56	5,04	0,1
7	Река Ковда, выше курорта на 60 м.	Бесцветна, без запаха. Прозрачность выше 100 см. Реакция щелочная. Осадка нет. NH ₃ следы, HNO ₂ и HNO ₃ нет, H ₂ SO ₄ есть.	6,5	76,4	915	85	830	6,3	26,88	20,16	6,72	в 5 см³ нет
8	Река Ковда, ниже курорта на 20 м у устья горизонтальной трубы.	Прозрачность свыше 100 см, бесцветна, без запаха, реакция щелочная. NH ₃ следы, HNO ₂ следы, HNO ₃ нет, H ₂ SO ₄ много.	5,88	2680	3318	118	3200	5,27	26,89	20,17	6,72	в 5 см³ нет
9	Пресная скважина на 10 м выше курорта после ручной расчистки,	Прозрачность выше 100 см. Запах слегка затхлый, бесцветна. NH ₃ следы HNO ₂ и HNO ₃ нет, H ₂ SO ₄ есть, реакция щелочная.	7,4	129,2	863	33	830	2,0	15,68	13,44	2,24	в 10 см³ нет
10	То же после откачки.	Ручная откачка—1-й день.	7,4	133	810	185	625	4,6	не	опр	еде	лен.
11		Машинная откачка—2-й день.	7,2	141	1160	230	930	4,27				
12		Накапливание после машинной откачки—3-й день.	7,4	125	662	145	517	1,6				
13	Река Ковда выше курорта на 1,5 км у Вельского тракта	Бесцветна, прозрачность более 100 см, запаха нет, NH ₃ следы, HNO ₂ следы, H ₂ SO ₄ мал. следы, HNO ₃ нет. Реакция щелочная.	7,2	8,2	218	22	169	3,2	не	опр	еде	лен.
14	Из глауберовой скважины.	С сероводородн. запахом, бесцветна, прозрачн. более 40 см, NH ₃ есть, HNO ₂ и HNO ₃ нет, H ₂ SO ₄ много	13,2	10200	12665	—	—	—	—	—	—	работа не законч.
15	Г. Тотьма, колодец из квартала № 10.	Слегка мутноватая (опалесцирует), запах слабо-затхлый, небольшой аморфный осадок, NH ₃ и HNO ₂ есть. H ₂ SO ₄ много.	не опр.	74,4	545	281	264	23,0	17,9	7,8	10,8	0,1

из г. Тотьмы 8 сентября 1927 г.

Результат колич. определения в м на 1 литр						Жестк. в нем. град. по Варта-Зильберу			Бактериол. данные
Ще-лочн.	Хло-рид.	Плотн. остаток	Лету-чий	Не л-тучий	Окис-ляем.	Общ.	Пост.	Устр.	
7,2	3,4	120	20	100	4,6	9,8	9,8	—	1
7,4	3,2	138	20	118	4,8	9,8	9,8	—	0,1
7,4	3,8	132	18	114	5,3	9,52	9,52	—	0,1
7,4	3,8	136	18	118	5,2	10,08	10,08	—	0,1
7,4	3,8	138	18	120	6,8	11,76	11,76	—	0,1
7,2	76,4	490	190	300	16,2	5,60	0,56	5,04	0,1
6,5	76,4	915	85	830	6,3	26,88	20,16	6,72	в 5 см³ нет
5,88	2680	3318	118	3200	5,27	26,89	20,17	6,72	в 5 см³ нет
7,4	129,2	863	33	830	2,0	15,68	13,44	2,24	в 10 см³ нет
7,4	133	810	185	625	4,6	не	опр	еде	лен.
7,2	141	1160	230	930	4,27				
7,4	125	662	145	517	1,6				
7,2	8,2	218	22	169	3,2	не	опр	еде	лен.
13,2	10200	12665	—	—	—	—	—	—	работа не законч.
не опр.	74,4	545	281	264	23,0	17,9	7,8	10,8	0,1

6) на основании полученных данных сделать подсчеты по устройству водоподъемных сооружений, водосборных и прокладке сети из деревянных труб в г. Тотьму, с устройством на первое время нескольких водоразборных будок;

7) взять на учет все имеющиеся в районе курорта скважины, организовать охрану их от загрязнения путем соответствующей обделки;

8) в случае расширения потребности в рассоле открывать имеющиеся скважины, преграждая доступ пресной воде и, наоборот, при расширении питьевого водоснабжения—использовать некоторые скважины, преграждая доступ соленой воде;

9) в виду наличия в районе курорта скважины, подающей воду, весьма богатую сернокислыми солями (глауберова скважина), имеющую особую ценность в курортном отношении, на охрану ее обратить особое внимание и подвергнуть изучению;

10) в целях правильной постановки дела как изучения, так и использования природных богатств (минеральных источников), имеющихся в районе курорта, необходимо создать специальную комиссию из представителей здравоохранения, специалистов курортного дела, лаборатории, геологов и инженерно-технических сил.

Из гинекологического отделения Вологодской губернской больницы (зав. д-р Орлов А. Н.).

О сроках искусственного прерывания беременности

Д-р Рукин Н. Н.

Операция аборта давно уже вышла за пределы специальных отделений б-ц и родильных домов, а тепер проникла и в стены рядовой участковой б-цы. Жизнь требует от каждого участкового врача готовности производить эту операцию женщинам, получившим разрешение на прерывание беременности. Одновременно с быстрым и повсеместным распространением искусственного прерывания беременности стали нарастать и различные осложнения, с этой операцией связанные. Среди большинства женщин, а часто и среди некоторых врачей существует несколько легкомысленный взгляд на эту операцию, будто бы простую по технике выполнения и невинную по своим последствиям. За этой кажущейся простотой часто не видят тех серьезных последствий для здоровья, а иногда и жизни, которые несет эта операция. В первые годы по введению в жизнь декрета врачам часто предъявлялись требования на прерывание беременности самых различных сроков, от самой ранней до 4—5 месяцев. В настоящее время циркуляром Наркомздрава для социальных абортов верхняя

граница определена в 3 месяца. Мы поставили себе задачей, на основании материала гинекологического отд. Вологодской губ. б-цы, а также и на основании литературных данных наметить те сроки, когда прерывание беременности наименее опасно.

Большинство женщин, не желающих сохранить беременность, обращаются к врачу с просьбой о прерывании ее сразу же после того, как ожидаемые регулы не наступили, ошибочно полагая, что чем меньше беременность, тем легче ее прервать. Врачи идут навстречу этим требованиям и прибегают к выскабливанию матки в то время, когда еще нет вполне ясных объективных данных о наличии в данном случае маточной беременности. Распознать беременность в первые ее недели в отдельных случаях является делом далеко не легким. При внутриматочных манипуляциях в первые дни после пропуска установленного срока регулов мы рискуем найти матку пустой, а оплодотворенное яйцо—странствующим на пути в матку. Считают, что 10—12 дней нужны яйцу для передвижения от ампулы трубы до матки. Выскабливание матки в этот период может нарушить нормальное продвижение яйца в матку и послужить причиной укрепления его где-либо на протяжении трубы. Работы Корнинга и экспериментальные исследования по физиологии трубы Мик у л и ч а-Радецкого и Кока считают главной движущей силой для яйца не движения ресниц эпителия, а перистальтические движения трубной мускулатуры, в норме совершающиеся в направлении от яичника к матке. Выскабливание матки, предпринимаемое во время странствования яйца по трубе, может вызвать рефлекторный спазм жома трубы и на этой почве антиперистальтические движения трубы, подобно таким же движениям в кишечной трубке. Благодаря нарушению перистальтики трубы, вызванной выскабливанием матки, яйцо задерживается в трубе дольше обычного; в это время на нем образуется трофобласт и создаются условия для прочного укрепления его на трубной слизистой.

За последний год мы имеем три случая внематочной беременности, причиной которых послужило слишком раннее выскабливание матки после пропуска обычного срока менструаций.

1-й случай. Гражд. В. 34 лет. Последние срочные регулы с 14 по 21 февраля 1928 г. 23 марта—выскабливание матки в одном из лечебных учреждений при наличии туберкулезного процесса в легких. Первые дни после выскабливания чувствовала себя удовлетворительно. 6 апреля внезапно приступ сильных болей в животе и обморочное состояние, через день повторившееся вновь; по этому поводу доставлена на гинекологическое отделение. Типичная картина внутреннего кровотечения при наличии прервавшейся внематочной беременности. Экстренно операция. В брюшной полости 1000 *см*³ жидкой крови и сгустков. В левой трубе, на середине ее длины, плодное яйцо с лесной орех величиною. Узура стенки трубы, через которую выпячивается плодное яйцо. Правые придатки и аппендикс не изменены. Выздоровление.

2-й случай. Больная 20 лет, несколько месяцев назад вышла замуж. Последние срочные регулы с 11 по 14 мая 1928 г. В ожидаемый срок регулы не пришли. 20 июня в одном из лечебных заведений сделано

выскабливание с целью прерывания ее первой беременности. 25 июня выделение крови было больше, чем бывает обычно после выскабливания, и продолжалось непрерывно до 7 июля. В этот день в том же лечебном учреждении ей сделано повторное выскабливание. После повторного выскабливания больная оставалась в б-це шесть дней, выделение крови прекратилось. Через два дня по выписке вновь открылись крови, по поводу чего и поступила в губб-цу. Данные исследования per vaginam при поступлении в б-цу: матка в антеверсии-флексии немного увеличена, задняя ее поверхность болезненна. Левые придатки не прощупываются. Справа прощупываются увеличенные, болезненные придатки, расположенные высоко в заднем дугласе почти у безымянной линии. На исследующем пальце темная, маркая кровь. Предположена внематочная беременность. Операция. Обнаружена беременность в перешеечной части правой трубы и выпавший кусок ворсистой и водной оболочки. Кровяная опухоль вместе с плодным яйцом величиной с куриное яйцо. В брюшной полости несколько столовых ложек старой, жидкой, темной крови и немного кровяных сгустков.

3-й случай Больная С. менструирует через 3 недели по 6 дней, сильно, без боли. Через 7 дней после задержки регулы. 12 июля 1926 г. выскабливание с целью прерывания беременности. По словам больной, после этого выскабливания выделения крови почти совсем не было. Ожидаемые крови в срок не пришли. 14 сентября в Вологде ей сделано повторное выскабливание. Небольшое выделение крови после этого продолжалось две недели, а потом усилилось. В участковой б-це ей было сделано выскабливание в третий раз, через 4 недели после второго, выделение крови прекратилось не надолго, но затем возобновились вновь; в той же участковой б-це выскабливание в четвертый раз и с тем же результатом. Выделение крови продолжалось до поступления в гинекологическое отделение губб-цы 13 декабря. Данные исследования per vaginam: матка в антеверсии-флексии, увеличена, неравномерной консистенции. При двойном ручном исследовании в левом углу матки утолщенное с орех величиной. Сделано пробное выскабливание. При введении кюретки в левый угол матки она попадала в небольшую полость с грецкий орех, по впечатлению, величиной, с стенками более мягкой, чем остальная матка, консистенции, откуда выскабливались кусочки ткани, похожей на ткань последа. На этом выскабливание закончено и через несколько дней произведено брюшное чревосечение. Данные при операции: на задней стенке матки два заживших рубцом маленьких перфорационных отверстия и третье еще не вполне зарубцевавшееся. Левый угол матки утолщен и резче выдается, чем правый. Здесь определяется узел более плотной консистенции, чем остальная окружающая ткань матки, величиной больше лесного ореха. Поперечный разрез в левом углу матки. В левом углу матки и в просвете интерстициальной части трубы оказался остаток плодного яйца в виде темного цвета пропитанного кровью, довольно плотного узла, окруженного фиброзно-перерожденным в этом месте участком мышечной стенки матки. Выздоровление

Во всех трех случаях одна и та же этиология внематочной беременности. Выскабливание матки было произведено в первые же дни после пропуска обычного срока месячных, в то время, когда, надо полагать,—яйцо еще передвигалось по трубе, на пути в матку. Это вмешательство послужило поводом для оседания яйца на ненормальном месте. Все три женщины до этого были здоровы в гинекологическом отношении.

В следующей группе случаев выскабливание было произведено при наличии внематочной беременности, каковая оказалась нераспознанной.

1-й случай. Больная N. (№ 68—1926 г.). Через два с половиной месяца задержки регул в половине декабря 1926 г. появились сильные боли внизу живота, два раза легкое обморочное состояние и небольшое кровотечение. По поводу этого было произведено выскабливание в одном из лечебных учреждений, но беременности в матке не обнаружено. Небольшое кровотечение и сильные боли продолжались. 23 января 1927 г. поступила на гинекологическое отделение. Данные исследования *per vaginam*: нормальной величины матка в антеверсии-флексии смещена кзади и вправо. Правый свод свободен, придатки не прощупываются, в левом своде и сзади матки прощупывается неправильно-шаровидная, довольно болезненная опухоль с апельсин величиной. 26 января операция. В брюшной полости около 400 *см*³ свободной свежей крови и старых сгустков. В ампулярной части левой трубы беременность. Левая труба в виде колбы толщиной в 2½ поперечных пальца, из ампуллы ее торчит часть плодного яйца, нарушенного в своей целости. Левая беременная труба в сращениях с задним листком широкой связки и задней стенкой матки. В правой трубе—гидросальпинкс. Выздоровление.

2-й случай. Больная K., 38 лет. Последние регулы слабее обычного. Через две недели после этого около 20 января 1926 г. появилось выделение крови, сопровождавшееся сильными болями и тошнотой. 1 февраля в лечебном учреждении, куда она поступила, были определены беременность и незаконченный выкидыш и сделано выскабливание матки. Выделение крови и боли продолжались. Там же 3 февраля выскабливание вторично. Через пять дней выписана с продолжающимся выделением крови. 11 февраля поступила на гинекологическое отделение. Исследование *per vaginam*: матка несколько увеличена, смещена вперед и вправо и прижата к лобку. В левом боковом своде и в заднем своде определяется очень болезненная упруго-эластическая опухоль продолговатой формы, величиной с апельсин. На исследуемом пальце темная, маркая кровь. Чревосечение. Левая трубная беременность. Трубный аборт. В ампулярной части левой трубы плодное яйцо с куриное величиной, в заднем дугласе кровяная опухоль, выполняющая весь задний дуглас с тонкой фиброзной оболочкой. В брюшной полости около 300 *см*³ жидкой, темной крови и старых кровяных сгустков. Выздоровление.

3-й случай. Больная K., 37 лет (1926 г., № 531). Последние регулы с 27 по 29 октября, пришли в срок, но были меньше и кратковременнее обычного. Через две недели выделение крови в значительном количестве, сопровождавшееся умеренной силы болями в животе, продолжалось около двух недель. 28 ноября в лечебном учреждении было произведено выскабливание по поводу предполагаемого незаконченного аборта. Кровянистые выделения продолжались. 13 декабря поступила на гинекологическое отделение. Исследование *per vaginam*: матка в антеверсии-флексии прижата к лобку, болезненна. В заднем своде справа упруго-эластическое выпячивание с куриное яйцо величиной. Справа сзади матки прощупывается неподвижная, болезненная с неясными границами опухоль величиной с кулак взрослого. Операция. Правая трубная беременность. Трубный аборт. Левый гидросальпинкс. Правая труба толще большого пальца с кровянистым, несколько гноевидным содержанием. В заднем дугласе справа у места сращения ампуллы правой трубы остатки фиброзной капсулы.

4-й случай. Больная B. (1925 г., № 366). Последние менструации с 9 по 12 августа 1925 г. 8 октября больная поступила в лечебное учреждение для производства аборта по социальным показаниям с разрешения комиссии, где произведено выскабливание. На третий день после выскабливания ей была там же сделана операция по поводу геморроя. В 6-це по временам чувствовала боли внизу живота. 28 октября выписалась домой. В ту же ночь поступила на гинекологическое отделение в виду резкого усиления болей в животе и ухудшения общего состояния. Данные исследования: живот вздут, напряжен, очень болезнен; задний и оба боковые свода выпячены ясно флюктуирующей опухолью с головку

доношенного плода. Матка увеличена, прижата к передней брюшной стенке, дно ее прощупывается пальца на 4 выше лобка. Операция 30 октября. В нижней половине раны сращения передней брюшной стенки с мочевым пузырем и маткой, которая распластана по кровяной опухоли, выполняющей всю полость малого таза. Поверх опухоли справа и слева припаяны петли тонкой кишки, а под ними—справа припаян аппендикс, а слева—тазово-оболочочная кишка. Ни труб, ни яичников отдельно от опухоли нельзя различить. Кишки и аппендикс отделены, а опухоль иссечена вместе с маткой и придатками в виду полной невозможности разделить сращения. В кровяной опухоли—плодное яйцо с плодом 10 см. длиной. Выздоровление.

5-й случай. Больная С., 35 лет (1927 г., № 522). Последние срочные месячные с 14 до 16 сентября. 28 сентября приступ сильных болей в животе, сопровождавшихся рвотой. С этого времени кровянистые выделения из матки, продолжавшиеся до 25 октября, когда в участковой б-це сделано выскабливание матки. Выделение крови продолжалось попрежнему до 9 декабря, когда больная поступила в гинекологическое отделение. Исследование per vaginam: небольшая матка наклонена кзади. Весь задний дуглас и правая половина малого таза выполнены опухолью малоподвижной и малоболезненной, величиной с большой апельсин. Брюшное чревосечение, кровяная опухоль, окруженная плотной фиброзной капсулой, выполняет задний дуглас. В ампуле правой трубы сгустки крови и измененные остатки плодного яйца. Кровяная опухоль и правая труба в сращении с маткой и стенками заднего дугласа. Выздоровление.

Все случаи этой группы относятся к нераспознанной вне-маточной беременности, каковая была принята за маточную, и на этом основании было произведено выскабливание матки.

По литературным данным, за последние годы число таких случаев увеличилось во много раз благодаря резкому увеличению числа абортгов и их легализации (Нейгебауер, Цейтлин, Бергал и др.).

По вопросу о влиянии выскабливания при вне-маточной беременности не все согласны. Отт, Видер и др. считают осторожное пробное выскабливание допустимым с диагностической целью, большинство же (Гофмейер, Фритш др.) считают, что оно не всегда переносится легко больными, если даже произведено и с максимальной осторожностью, и описывают тяжелые коллапсы, септические перитониты и пр. осложнения, иногда приводившие к смерти пациенток. В наших случаях выскабливание не было пробным, диагностическим, особенно осторожным, а носило обычный характер или искусственного прерывания беременности, или окончания предполагаемого аборта. Все наши случаи закончились благополучно, в одном только случае мы имеем нагноение в беременной трубе с образованием гемато-пиосальпинкса, а Цейтлин описывает несколько случаев тяжелого нагноения заматочной кровяной опухоли, окончившихся смертельно, несмотря на опорожнения гноя через задний свод.

Раннее прерывание беременности может дать иногда и другие, хотя не столь серьезные, но одинаково неприятные для врача и для пациентки сюрпризы. Посл одного из таких выскабливаний с целью прерывания шестинедельной беременности больная явилась через два месяца с прогрессирующей маточной беременностью около 3½ месяцев. В другом таком случае плодное

яйцо вышло целиком через день после выскабливания. Бергал из Симферополя описывает несколько таких случаев в родильном доме, где он работает.

Все вышеизложенное говорит за то, что прерывание беременности в слишком ранние сроки не гарантирует нас от диагностических ошибок и может повлечь иногда неприятные последствия или развитие внематочной беременности, если выскабливание произведено во время продвижения оплодотворенного яйца по трубе, или же оно может быть произведено при наличии уже имеющейся внематочной беременности. До шести недель мы не имеем еще надежных способов для дифференциальной диагностики внематочной и маточной беременности, и в этом отношении ошибки легко возможны. С шести недель все признаки маточной беременности выступают уже более ясно, и раньше этого срока не следует производить искусственного ее прерывания.

При более поздних прерываниях беременности мы, обычно, не встречаемся с осложнениями, подобными вышеописанным, но зато с прогрессирующим беременностью будут выступать новые трудности и опасности осложнений, иногда более грозных, чем те, о которых мы говорили. Чем дальше идет беременность, тем больше увеличиваются размеры плода, и тем больше трудности мы встречаем при удалении его из матки обычным образом. Гипертрофия мышечной стенки матки достигает наибольшей степени к двум месяцам. С этого времени толщина стенок матки идет на убыль, и вместе с тем возрастает опасность прободения ее при различных внутриматочных манипуляциях. Брауде говорит, что при нормальной беременности первых трех месяцев требуется все же изрядное насилие, чтобы прободать матку даже маточным зондом. На основании своих опытов он говорит, что лишь при нагрузке 6 фунтов зонд прободал стенку свежеекстирпированной беременной около трех месяцев матки, не имевшей никаких патологических изменений. Перфорация матки может быть произведена в любое время и любым из инструментов, который приходит в соприкосновение с маткой при операции искусственного прерывания беременности, но наиболее часто, а главное наиболее тяжело перфорируется матка при опорожнении ее в более поздние сроки. Чем дальше идет беременность, тем глубже прорастают ворсинки хориона, и тем легче перфорировать ее при отделении прочно сидящей плаценты. Обширная полость матки с мягкими, плохо сокращенными стенками, по которым блуждает введенная чуть не по рукоятку кюретка, вот та картина, которую мы встречаем при начале опорожнения матки после трех месяцев. До последних дней не перестают появляться сообщения о случаях перфорации матки при операции искусственного аборта, иногда тяжелых и смертельных, с большими травмами брюшных органов. Еще больше случаев остается не опубликованными. Помимо этого, в более поздние сроки прерывания беременности

приходится считаться с трудностями удаления дочиста содержимого матки. Не мало хлопот и затруднений иногда доставляют поиски и погоня за оторвавшейся головкой, ускользающей от инструментов при довольно бурном иногда кровотечении. Нередко в подобных случаях мы наблюдаем оставшиеся в матке неотделенные куски последа или же те или иные части плода, иногда надолго задерживающие обратную инволюцию матки и служащие причиной длительных кровотечений и последующей тяжелой инфекции. Нам лично пришлось видеть женщину, которая после прерывания беременности 4 месяцев кровоточила затем периодически в течение 11 месяцев. При произведенном выскабливании нами было удалено из матки несколько отдельных косточек головки плода. У А. Н. Орлова имеется бедренная кость, которую он удалил из матки спустя много месяцев после произведенного аборта. Все вышеизложенное заставляет многих гинекологов отказываться от одномоментного опорожнения матки в более поздние сроки и рекомендовать в этих случаях производить эту операцию по типу искусственных преждевременных родов путем введения в матку тех или других раздражающих веществ, химических или механических, чтобы вызвать родовую деятельность матки. К выскабливанию же прибегают они лишь для удаления остатков. При всей кажущейся простоте и выгодах этих способов они не лишены весьма крупных недостатков, мешающих им приобрести всеобщее признание. В № 18 «Врачебной газеты» за 1928 г. приведен случай производства позднего выкидыша, который достаточно наглядно иллюстрируют отрицательные стороны подобных методов. Несмотря на разрыв плодного пузыря и многократное введение метрейриза, от начала искусственного прерывания беременности на пятом месяце и до его завершения прошло 36 дней, при чем в конце появились уже тяжелые септические явления. Все это не без основания заставляет многих видных гинекологов и акушеров за последнее время для искусственного прерывания беременности поздних сроков (после трех месяцев) прибегать к опорожнению матки через брюшное чревосечение, по типу малого кесарского сечения. Но это есть серьезное оперативное вмешательство, требующее для своего применения серьезных медицинских, но отнюдь не социальных показаний.

На основании вышеизложенного мы можем считать наиболее подходящим сроком для искусственного прерывания беременности время между 6 и 10 неделями. Операция должна производиться одномоментно путем расширения канала шейки и последующего удаления плодного яйца тупой и острой кюретками и выскабливания матки.

Из хирургического отделения Вологодской уездной больницы (зав. д-р Кистер А. К.)

Диагностика острой кишечной непроходимости

Д-р Кистер А. К.

Есть целая группа хирургических заболеваний, при которых трудность диагностики обратно-пропорциональна трудности лечения; когда болезнь находится в стадии, вполне доступной для оперативного воздействия; когда это воздействие имеет максимум шансов на успех,—в это время симптомы заболевания сплошь и рядом бывают настолько неясны, и вся картина болезни настолько неопределенна, что постановка точного диагноза может оказаться чрезвычайно затруднительной.

Когда же проходит некоторое время (для различных заболеваний—разное), то картина болезни становится настолько ясной, что диагноз не представляет никаких затруднений, но операция оказывается чрезвычайно тяжелой, а иногда уже и невозможной, и шансы на благоприятный исход приближаются к нулю.

К таким заболеваниям относится и разбираемая мною группа заболеваний, объединенная одним общим понятием—кишечная непроходимость—*ileus*. Как иностранные, так и особенно русские авторы, материал которых по кишечной непроходимости значительно обширнее, чем иностранных, единодушно заявляют, что процент смертности при операциях кишечной непроходимости зависит прежде всего от срока вмешательства.

Между сроком оперативного вмешательства и процентом смертности существует полный параллелизм: операции, сделанные в первые часы *ileus*'а, дают блестящие результаты; операции, предпринятые по истечении нескольких суток, в большинстве оканчиваются смертью. Понятно поэтому, что мы стремимся к возможно раннему установлению диагноза и считаем, что главная ответственность за жизнь больного с *ileus*'ом ложится на того врача, который первым увидел больного. Для того, чтобы облегчить эту ответственность, чтобы дать возможность этому первому видящему больного врачу справиться с своей подчас очень трудной задачей, мы и хотим осветить вопрос о диагностике *ileus*'а.

Ileus может обуславливаться различными причинами и соответственно этому может давать и разные симптомы, свойственные каждому из видов непроходимости.

Об этих различных симптомах я скажу после, сейчас же остановлюсь на симптомах, общих для всех видов непроходимости и различающихся только количественно при различных

формах. К этим симптомам относятся прежде всего боли в животе, чаще всего разлитые, редко локализованные; далее идет рвота, обычно вначале пищевыми массами, затем желчью и в дальнейшем каловая рвота. Количество рвотных масс, извергаемых больным, может быть весьма различно, иногда желудок выбрасывает за один раз такое громадное количество жидкости, что приходится только удивляться, как мог он столько вместить. Следующим симптомом идут отсутствие стула и задержка газов. Здесь опять-таки количественная разница при различных видах непроходимости, и в разных стадиях одного вида может быть довольно значительна. Наконец, последним из кардинальных симптомов, свойственных всем видам непроходимости, является вздутие живота, то в виде равномерного вздутия всего живота с полной неподвижностью кишечника, то в виде раздутых отдельных петель, в которых происходит часто видимая на-глаз перистальтика. Иногда эта перистальтика сопровождается очень характерным звуком: вы слышите очень громкое, звонкое урчание и вместе с ним ясно различаете звук переливания жидкости. Этот звук настолько характерен, что кто слышал его один раз, тот всегда сумеет узнать его и в другой раз. Общее состояние больных вначале бывает весьма различно, при различных формах непроходимости, в течение же развития процесса и следующего за ним отравления разлагающимся содержимым кишечника наступают явления, свойственные всем запущенным формам *ileus'a*, сопровождающегося уже общим перитонитом: осунувшееся лицо, частый, малый пульс, вздутый болезненный живот с резко напряженной брюшной стенкой, беспокойство, сильная жажда и постоянная рвота—вот картина *ileus'a* в том стадии, когда успех операции является очень и очень сомнительным.

Прежде чем переходить к симптоматологии отдельных видов *ileus'a*, я позволю себе немного остановиться на подразделении *ileus'a*. Должен оговориться, что хронического *ileus'a* я здесь касаться не буду, так как это завлекло бы нас слишком далеко. Весь мой доклад относится только к острому *ileus'у*.

Ileus делится на две больших группы—*ileus* динамический и *ileus* механический. Каждая из этих групп делится в свою очередь на различные виды: так, *ileus* динамический делится на паралитический (послеоперационный, тромбоз *art. mesentericae* и т. п.) и спастический (глисты, отравление, истерический спазм кишечника); *ileus* механический делится на обтурационный (закупорка камнем, клубком глист, опухоль) и странгуляционный (ущемление, заворот, внедрение), к странгуляционному же *ileus'у* можно было бы отнести и артерио-мезентериальную непроходимость двенадцатиперстной кишки, о которой я скажу ниже, если позволит время.

Переходя к симптоматологии отдельных видов *ileus'a*, мы будем рассматривать их в порядке только что приведенной группировки.

Динамический ileus дает в общем картину менее тяжелую, чем механический. И это понятно, так как при динамическом ileus'e (за исключением тромбоза art. mesentericae) брыжейка и ее чувствующие нервы не страдают, вследствие чего отсутствует шок, отсутствует резко выраженный болевой сосудисто-нервный рефлекс.

Паралитический ileus, чаще всего наблюдаемый после лапаротомий, особенно продолжительных, связанных с травматизацией кишечника, после ушиба живота и т. п., начинается обычно не весьма острыми явлениями: вначале прекращается отхождение газов и стула, затем появляется равномерное вздутие живота, разлитые постоянного типа боли, затруднение дыхания вследствие отдавливания кверху диафрагмы, затем рвоты, после которых больные почти не чувствуют облегчения. Если в этой стадии различными мероприятиями не удастся устранить паралич кишечника, то все явления усиливаются, и к ним присоединяются явления тяжелой интоксикации продуктами разложения кишечного содержимого. Парализованная кишечная стенка делается легко проходимой как для кишечных токсинов, так и для бактерий, которые в застоявшемся кишечном содержимом размножаются в огромном количестве. В результате развивается общий перитонит, приводящий к смерти.

Несколько особое место среди других видов паралитического ileus'a занимает тромбоз art. mesentericae (его не следует смешивать с артериомезентериальной непроходимостью, о которой, если позволит время, будет сказано ниже). Здесь, вследствие закупорки ствола art. mesentericae или одной из ее ветвей, исключается из кровообращения больший или меньший участок брыжейки и соответственного отдела кишечника. В картине болезни выступают на первый план сильные боли, возникающие внезапно, рвоты и кровянистый стул. Иногда в рвотных массах также бывает видна примесь крови. Сравнительно быстро развиваются остальные явления, свойственные ileus'у вообще, и раньше, чем при других формах ileus'a, удается определить наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Спастический ileus, вызываемый чаще всего присутствием аскарид (иногда всего 1 или 2 экземпляра), отравлением некоторыми ядами, как свинец, и, наконец, могущий оказаться одним из проявлений истерии, мало чем отличается от других видов ileus'a, и дифференцировать его от них удастся в большинстве случаев только на операционном столе. Острое, бурное начало, задержка стула и газов, вздутие живота, рвоты, боли—все это вместе заставляет думать о механическом ileus'e.

Ileus механический, в особенности странгуляционный, в общем протекает при более резких и тяжелых явлениях, чем динамический. Наиболее легкая форма механического ileus'a—это ileus обтурационный; сюда относятся закупорка кишечника крупными желчными камнями, случайно проглоченными

непереваримыми предметами, клубками аскарид и, наконец, плотными каловыми массами.

Обтурационный ileus отличается более локализованными болями, имеющими схваткообразный характер, особенно сказывающийся в момент усиленной перистальтики в приводящем отрезке. Общее состояние при обтурационном ileus'e страдает меньше, чем при странгуляционном. Последний, т.-е. странгуляционный, является наиболее тяжелой формой ileus'a. При всех видах его (ущемление, заворот и т. д.) наиболее важным моментом является сдавление брыжейки с ее многочисленными сосудами и нервами. Первым последствием этого сдавления являются сильнейшие боли. Боли эти разлитые, постоянного характера. Интенсивность болей настолько велика, что они доводят больных до коллапса. В самом начале заболевания, иногда одновременно с началом болей появляется рвота. Вначале эта рвота чисто рефлекторного характера, затем по мере развития болезни появляется рвота обильным количеством жидкости с ясным каловым запахом. Общее состояние при странгуляционном ileus'e всегда более или менее тяжелое; учащенный слабый пульс, осунувшееся лицо, часто холодный пот. При осмотре живота видны отдельные вздутые петли, иногда с заметной на-глаз перистальтикой и с тем характерным звуком переливающейся жидкости, о котором я уже говорил. Всеми авторами отмечается наличие симптома *Wa h R'a*, т.-е. вздутие одной кишечной петли при спавшемся остальном кишечнике. В этой раздутой петле часто можно наблюдать шум плеска, которому наши русские авторы придают особенное значение. Раздутые петли иногда при пальпации оплотневают и дают видимую или осязаемую перистальтику, что также является характерным. Температура при странгуляционном ileus'e бывает обычно нормальной или ниже нормы. Обуховская б-ца, располагаящая большим материалом ileus'a, считает особенно характерным симптомом странгуляционного ileus'a раздутие ампулы прямой кишки. При исследовании *per rectum* палец, пройдя сфинктер, попадает в свободную пустую ампулу, настолько растянутую, что иногда бывает трудно достать до ее стенок. Тяжесть и выраженность симптомов при различных формах странгуляционного ileus'a может быть весьма различной, все зависит от степени сдавления брыжейки и от обширности сдавленного участка. Сдавление кишечной петли тонким тяжом не дает таких бурных явлений, как обширный заворот. Кроме того, имеет значение и отдел кишечника, в котором развилась странгуляция,—завороты и ущемления тонких кишек дают более тяжелую картину и скорее приводят к смерти, чем те же явления в толстых кишках. Комбинацией обтурационного и странгуляционного ileus'a является внедрение кишек—*invaginatio*. Внедрение чаще всего развивается после поносов, особенно у детей. В начале внедрения характерным симптомом является

кровавый стул. Количество крови может быть весьма различным—от небольшой примеси до значительных масс. Обычно вместе с кровью выделяется и слизь. При внедрении толстых кишек нередко можно наблюдать зияние сфинктера заднего прохода. При исследовании *per rectum* иногда удается достать пальцем до конечной части инвагината, который при ощупывании имеет форму шейки матки. В редких случаях инвагинат выходит из заднего прохода и может дать повод к смешению с выпадением прямой кишки. При пальпации живота часто удается прощупать колбасовидную опухоль, соответствующую месту внедрения. При внедрении слепой кишки—на ее обычном месте ощущается пустота, участок, лишенный кишечных петель.

Совершенно особое место среди прочих видов непроходимости занимает артерио-мезентериальная непроходимость 12-перстной кишки, вызываемая сдавлением последней идущим впереди нее стволом *art. mesentericae superioris*. Как видно из схематического рисунка, *art. mesenterica superior*, выходя из-под *pancreas*, ложится сверху и спереди 12-перстной кишки. При пустом кишечнике и длинной брыжейке петли тонких кишек опускаются в малый таз, и *art. mesenterica*, натягиваясь, так сдавливает 12-перстную кишку, что доводит ее до полной непроходимости. Клинически эта непроходимость проявляется огромным расширением желудка, рвотами и болями. Выкачивание желудка здесь не дает результатов, так как после кратковременного небольшого облегчения все симптомы возобновляются, и общее состояние от выкачивания не улучшается. Поэтому отсутствие результатов от выкачивания является в то же время и положительным признаком артериомезентериальной непроходимости. Более важным симптомом и в то же время терапевтическим мероприятием является исчезновение всех явлений при перемене положения. При положении больного с сильно приподнятым тазом (особенно, если он лежит на животе) петли тонких кишек выходят из малого таза, натяжение брыжейки ослабевает, *duodenum* вновь становится проходимой, и все болезненные явления исчезают. Эту непроходимость 12-перстной кишки можно смешать только с острым расширением желудка, но последнее наблюдается почти исключительно вскоре после лапаротомий, тогда как артериомезентериальная непроходимость появляется без предварительных операций, но почти всегда во время или после продолжительного голодания.

Покончив с симптомами отдельных видов непроходимости, я ненадолго остановлюсь на методике исследования больных, подозрительных на *ileus*. Анамнез здесь иногда может иметь решающее значение. Например, внезапное начало после поноса и кровавый стул прежде всего заставляют думать об инвагинации. Обильная еда после продолжительного голодания, а также тяжелая физическая работа после обильной еды predisposing к заворотам, — поэтому это обстоятельство следует

учитывать, как один из анамнестических пунктов. При объективном исследовании необходимо обращать внимание на общее состояние больного (температура, пульс, язык, наличие шока и т. д.). Осмотром прежде всего исключают ущемленную грыжу; затем он дает иногда видимую на-глаз перистальтику. Ощупывание дает наиболее ценные признаки (напряженность брюшных стенок, болезненность всего живота или отдельных участков его, прощупывание колбасовидной опухоли, симптом *Wahl'я* и т. д.). Не следует пренебрегать введением желудочного зонда и клизмой. Опорожнением желудка достигается, во-первых, некоторое уменьшение объема живота, облегчающее пальпацию, а затем и самый характер выведенной зондом жидкости может дать полезные указания (каловый запах, примесь крови). В случаях тяжелого шока с резко ослабленным пульсом введение зонда следует производить очень осторожно, а иногда лучше даже и совсем воздержаться от него. Клизма может дать указания на непроходимость в нижнем отделе кишечника (невозможность ввести воду при низкой инвагинации, задержка воды в кишечнике при начинающемся завороте *flexurae sigmoideae*). Исследование *per rectum*, которое вообще при всяких заболеваниях производится, к сожалению, слишком редко, может дать указания на инвагинацию или при расширенной ампулле указать на наличие *ileus'a* (см. стр. 68 и 69).

Заканчивая свой доклад, я позволю себе привести для иллюстрации несколько отдельных случаев: 1) девочка с копростазом, 2) мужчина со жмыхами, 3) гидронефроз, 4) осумкованный абсцесс.

При постановке диагноза, кишечную непроходимость приходится дифференцировать от многих других заболеваний, имеющих сходные симптомы. Среди этих заболеваний на первом месте стоит острый перитонит. При перитоните мы имеем те же симптомы, что и при обычном паралитическом *ileus'e*. Разница только количественная. Если при паралитическом *ileus'e* сначала появляется вздутие, затем боли и рвота и уже после этого более или менее тяжелые общие явления, то при перитоните общие явления выступают на первый план. В первые же часы развития общего перитонита резко учащается пульс, язык делается сухим, лицо—осунувшимся; живот, пока еще он не вздут, становится твердым, как доска, и резко болезненным к давлению. Симптом *Щеткина—Blumberg'a* (т.-е. сильная боль при быстром поднимании руки, надавливавшей на брюшную стенку) при перитоните всегда бывает резко выражен. При выслушивании живота с самого начала не слышно звука перистальтики кишечника. Перекручивания опухолей яичника и органов, не связанных с кишечником, вследствие болевого рефлекса также могут дать картину, напоминающую *ileus*. Здесь также получается рефлекторная рвота, довольно часто явления шока и задержка стула и газов. При исследовании почти всегда

можно прощупать перекрученный орган. Отсутствие видимой перистальтики и раздутых кишечных петель, наличие указаний на опухоль в анамнезе, отсутствие каловой рвоты—все это вместе дает возможность исключить ileus. Иногда в редких случаях осумкованные гнойники, протекающие без температуры, могут дать повод к смешению с ileus'ом. Такой случай мы имели на самых последних днях, и я о нем скажу ниже. Но если дифференциальный диагноз может оказаться не только трудным, но иногда даже невозможным, то все же при подозрении на ileus выгоднее сделать напрасную лапаротомию, чем упустить дорогое время в попытках установки точного диагноза и операбельный случай перевести в неоперабельный.

Из хирургической лечебницы Вологодского губздравотдела (зав. д-р Кадников П. А.)

Перфоративные перитониты

Д-р Кадников П. А.

Вопрос о прободных перитонитах в смысле их лечения решен окончательно, — это немедленная операция, в какой бы стадии заболевания ни был процесс; только операция и одна операция может спасти больного, за исключением случаев, когда силы самого организма справляются с этим пожаром в брюшной полости; когда в брюшной полости появляется выпот, и образовавшиеся спайки ограничивают процесс,—только тогда не следует спешить с операцией.

Если мы до сих пор еще не добились, чтобы острые случаи аппендицита в первые часы попадали на операционный стол, и если еще здесь не видим большого греха, передавая их в холодные случаи, то здесь мы рискуем главным образом временем, но в случаях прободных перитонитов всякое промедление смерти подобно.

Петрашевская на материале Обуховской больницы дает следующие цифры смертности по времени при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки.

Операция до 10 ч. после прободения	4,3%	смерти.
от 10 до 18 ч. »	26,6%	»
от 18 до 36 ч. »	75%	»
и после 1½ суток до 4 дней	94,5%	»

Если мы будем сравнивать цифры смертности за границей и у нас, то поражает громадная разница их; в то время как в больших центрах процент смертности приближается к заграничному, в остальных он далеко превосходит их.

Общая смертность, не касаясь времени оперирования, за границей при оперативных пособиях (цитирую по Зильбербергу) дает 10—12%, а у некоторых хирургов равна 0.

Покойный Морфи (Чикаго) уверяет, что смертность в Соединенных штатах от прободных перитонитов пала ниже, чем смертность от дифтерита при введении лечения последнего сывороткой. У нас же процент смертности поразительно высок.

Объяснением этому явлению является то, что за границей хирурги приучили врачебную мысль к тому, что только ранняя операция может спасти больного, и там не медлят с доставкой перфорированного больного к хирургу, сознают, что промедление здесь смерти подобно, не теряют золотого времени на кажущееся облегчение страданий больного наркотиками, которые только затемняют картину, так как только быстрая операция может действительно облегчить страдания больного и спасти его жизнь.

Для того, чтобы быстро оперировать, нужно быстро поставить диагностику перфорации, и это и есть цель наших сегодняшних докладов, когда мы решили поставить вопрос на съезде об «остром животе».

Исходной точкой перфоративных перитонитов наиболее часто является слепая кишка, т.-е. отросток; далее следуют привратник и соприкасающиеся с ним области желудка и двенадцатиперстной кишки; далее — передняя, затем задняя поверхность желудка, желчный пузырь, тонкая кишка и, наконец, толстая кишка. Быстрота нарастания угрожающих жизни явлений и развития перитонита стоит в прямой зависимости от того септического материала, который поступает в полость перитонеума; чем ниже спускается язва от желудка, тем более и более она становится вирулентной. Первые часы после прободения желудка и двенадцатиперстной кишки жидкость, поступающая в полость живота, почти не содержит бактерий, в особенности, если кислотность желудочного сока нормальна или повышена, но чем дальше от желудка и ближе к заднему проходу, тем септичнее содержимое перфорированной язвы. Конечно, здесь играет громадную роль и тот вид бактерий, который проникает в полость живота.

По Кадьяну, смертность при перитоните в зависимости от флоры выражается так (в процентах):

Стрептококки	52,7
Стафилококки	44,4
Стрептококки и кишечная палочка	51
Чистая кишечная палочка	24
Смешанная инфекция	15,6

Таким образом стрептококки и соединение их с кишечной палочкой являются наиболее опасными, а чистая культура кишечной палочки — наименее вирулентной, но попадание кала в брюшную полость резко повышает вирулентность ее.

Ранняя операция, конечно, должна быть связана и с ранним диагнозом прободения.

Диагноз разлитого перитонита не представляет никаких затруднений, ни сомнений, и я говорить о нем здесь не буду, но отыскать исходную точку, откуда начался перитонит, особенно спустя значительное время, является делом довольно сложным, и здесь приходится руководствоваться теми данными, которые я приводил раньше, о частоте перфораций того или другого отдела желудочно-кишечного тракта, и при операции следует руководствоваться теми же данными, т.-е. слепая кишка, привратник и т. д.; анамнез играет здесь очень большую роль; исчезновение печеночной тупости может тоже дать некоторые данные, так как поступающие газы из желудка и двенадцатиперстной кишки скорей поведут к исчезновению этой тупости, чем из аппендикса или слепой кишки.

При прободных язвах наиболее ясная картина — в начале прободения и именно в первые 6 часов, когда, часто совершенно неожиданно, появляется чрезвычайно резкая боль, как бы удар кинжалом по животу, и полная картина шока: бледность лица, холодный пот, похолодание конечностей, полное безразличие, иногда бессознательное состояние, падение температуры при малом, скором исчезающим пульсом, падение кровяного давления, брюшная стенка делается как доска, брюшной тип дыхания исчезает; боли настолько сильны, что больного скорчивают.

Если, говорит Лежен, приглашенный врач оценит и эту внезапно наступившую боль, и мышечные контрактуры, и резкую чувствительность живота при ощупывании и на основании этого правильно распознает прободение, то пусть он не удовлетворяется впрыскиванием морфия, назначением льда на живот и т. п. Отсутствие рвот в этом периоде, часто наблюдаемый пульс хорошего наполнения при нормальной температуре не должны убаюкивать врача и заставить его повременить с направлением больного к хирургу, — здесь промедление смерти подобно, и из четырех больных — трех врач обрекает на смерть.

Возможны, конечно, и ошибки: свинцовая колика, отравление пищей и т. п., но лучше сделать ошибочно пробную лапаротомию, чем пропустить время операции при вскрывшейся язве.

Часов через 10—19 наступает период сравнительного затишья, когда больной начинает чувствовать себя значительно лучше, когда боли у него затихают, одеревенелость стенки живота проходит, пульс выравнивается, но этот период длится недолго с тем, чтобы вскоре перейти в период общего перитонита. Этот период кажущегося улучшения нельзя смешивать с действительным улучшением, когда брюшной циклон действительно проходит, но об этом я говорил ранее.

Несколько особо стоят прободения аппендикса; здесь прободения не наступают так неожиданно, как в желудке и

двенадцатиперстной кишке; здесь, если это не молниеносный аппендицит, воспаление распространяется постепенно, и перфорация происходит часто уже при подготовленной брюшине, т.-е. когда она успевает дать спайки, и вследствие этого получается ограниченный перитонит. Из моей практики я приведу некоторые случаи:

1) Б., 32 л., явления общего перитонита, которые дня через два стали стихать под влиянием холода, впрыскиваний под кожу морфия и абсолютного покоя; через два месяца операция: в отграниченной полости два каловых камня величиною с лесной орех, аппендикса не найдено, на его месте плотный звездчатый рубец. 2) М. К., 38 л. Те же явления, что и в первом случае; аппендикс, отделенный от слепой кишки, аккуратно завернут в сальник и примазан к передней стенке живота. 3) С., 18 л. Отграниченный гнойник, спаянный с передней стенкой живота. Гнойник вскрыт; через 7 лет новый приступ аппендицита. Во время операции из спаек выделен воспаленный отросток, длиною около $1\frac{1}{2}$ см.

Несмотря на такие благоприятные исходы, если бы эти случаи были доставлены в больницу в первые часы после перфорации, то, конечно, рассчитывать на столь благоприятные результаты не приходилось бы, а нужно бы было оперировать больных немедленно.

Итак, при прободных перитонитах—возможно ранняя диагностика, возможно ранняя операция, и тогда смертность от них и у нас должна спуститься до обще-европейских цифр.

Из терапевтического отделения Вологодской губернской б-цы (зав. д-р Горталов С. Ф.)

Случай актиномикоза легких и плевры

Д-р Горталов С. Ф.

Слово актиномикоз греческое (от Aktis—луч и mykes—гриб). Грибок этот близок к бактериям. Патогенные актиномицеты образуют в пораженных тканях друзы (зерна) из густо переплетенных нитей; ветвящиеся нити грибницы (мицелия) в виде лучей (откуда название—«лучистый грибок») направляются к периферии и заканчиваются булавовидными утолщениями. Споры грибка могут сохраняться до 15 лет. Попадая на картофель, они вызывают его заболевание, макроскопически выражающееся образованием бородавок на поверхности клубней.

Bolinger в 1887 г. первый описал заболевание актиномикозом у людей. Из русских работ актиномикозу посвящена диссертация Берсенева, работы Мора, Разумовского

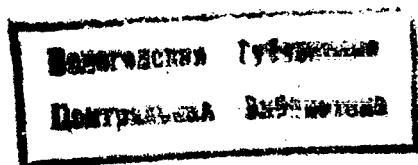
и других. Описаны случаи поражения грибом рта, кожи, легких, кишечника. У людей и животных (чаще у рогатого скота) заражение происходит обычно через рот, вследствие попадания туда злаков (колосья ячменя, на которых проживают колонии грибка). Описаны заболевания у людей, которые жевали колосья и зерна, случаи актиномикоза кожи при попадании в нее заноз от пораженного ячменя. Известен актиномикоз у человека, проглотившего зараженную солому. У одного больного развился актиномикоз легкого после попадания части кариозного зуба в дыхательные пути.

Передача болезни от зараженного животного к человеку при непосредственном соприкосновении с ним или через мясо, молоко представляется мало вероятной. Первичный актиномикоз кожи встречается очень редко. До 1926 г. собрано 70 случаев первичного актиномикоза кожи. Обыкновенно актиномикоз кожи—явление вторичное. При актиномикозе челюстных костей—на коже шеи и лице, при актиномикозе легких—на грудной клетке, при актиномикозе кишечника и печени—на коже живота. Размножаясь в каком-либо внутреннем органе, грибок может распространяться и на соседние *per continuitatem*. Грибковый инфильтрат может врастать в кровеносные сосуды, давая тромбозы вен, эмболии или метастазы в другие органы. Ответом на размножение грибка со стороны организма является образование в пораженном органе грануляционной ткани, узелки которой сливаются в обширные опухоли. Ткань эта скоро дегенерирует и распадается в жидкую, беловатую массу с гноем. В легком на месте распада образуется полость—каверна, далее процесс может перейти на плевру и затем, поражая грудную стенку, вскрыться наружу, образуя свищ, из которого выделяется жидкий гной, содержащий желтоватые зернышки. При актиномикозе легких течение процесса обычно атипическое, быстрое, с высокой температурой. К основному страданию впоследствии присоединяются амилоидные изменения органов, как результат всасывания гноя, а иногда септические и пиэмические явления—результат смешанной инфекции. Смешать актиномикоз легкого можно с туберкулезом и эмпиемой. Исследование мокроты и гноя позволяет установить диагноз. Переходим к описанию нашего случая.

Больной Б., ученик фабзавуча ф-ки «Сокол», 19 лет, поступил в терапевтическое отделение Вологодской губбольницы 18 декабря 1928 года с жалобами на сухой кашель (иногда с мокротой, редко с кровью), колотье под правой лопаткой, нарастающую слабость и периодически появляющиеся на передней и боковых поверхностях грудной клетки абсцессы, которые или вскрывались сами, или были вскрыты хирургическим путем, оставляя после себя долго не заживающие свищи. Больным себя считает с июля 1928 г., когда впервые появились перечисленные явления (кашель, слабость, колотье). 9/VIII

обратился в Сокольскую больницу, где д-р Гельман обнаружил следующие явления: правое легкое—тупость и бронхиальное дыхание спереди до седьмого ребра (сверху) и сзади тупость снизу до угла лопатки. Дыхание сзади не прослушивается. Левое легкое—норма. Пункция дала серозную жидкость; в препарате лимфоциты. Неоднократное исследование мокроты на присутствие В. К. не дало положительного результата. При дальнейших наблюдениях вес не падал, а даже несколько прибывал. Температура держалась между 37,4 — 37,8. Кровь: Hb — 60%, эритроцитов 4 200 000, лейкоцитов 14 000, эозинофилов 3%, лимфоцитов 8%, моноцитов 5%, палочковых 3%, сегмент 81%. Экссудат стал постепенно уменьшаться, и недели через две пункция жидкости не давала. Около 10 сентября на передней поверхности грудной клетки у правого соска появилась ограниченная припухлость, которая росла, и кожа на ней покраснела. Инцизия 18 сентября дала гной, который так же, как и мокрота, исследовался на присутствие лучистого грибка, но с отрицательным результатом. Дальнейшими повторными исследованиями также не удалось обнаружить актиномикоза. К этому же времени относится и рентгеноскопия: «справа в нижнем легочном поле диффузная не очень интенсивная тень, к диафрагме тень проясняется». Тупость и бронхиальное дыхание на протяжении всей верхней части правого легкого спереди не исчезали за все время наблюдений д-ра Гельмана. До поступления в губбольницу у больного на грудной клетке было еще 4 абсцесса, которые или прорывались сами, или вскрывались хирургическим путем, оставляя свищи, вяло гранулировавшие. Предположительный диагноз д-ра Гельмана был *Actinomyces*. При объективном исследовании обнаружено: 6-ной среднего роста, пониженного питания, подкожный жировой слой развит слабо, костно-мышечная система уклонений от нормы не представляет, кожные покровы и видимые слизистые оболочки очень бледны. На коже передней и боковой поверхности грудной клетки рубцы—следы свищей. Один из свищей еще не закрылся и выделяет жидкий гной с желтоватыми крупинками. Полости рта и глотки нормальны. Правое легкое: спереди тупость на всем протяжении верхней доли и бронхиальное дыхание сверху второго ребра, ниже дыхание ослаблено. Сзади притупление, начиная от третьего грудного позвонка, там же ослабленное дыхание. Левое легкое — норма. Сердечно-сосудистая система, органы пищеварения, органы выделения, нервная система заметных уклонений от нормы не представляют. 21/XII Гублабораторией сделано исследование крови: эритроцитов 3 900 000, цветной показ. 0,72, лейкоцитов 12 600, эозинофилов 1%, юные формы 1%, палочковых 16%, сегмент 65%, лимфоцитов 13%, моноцитов 4%. 22/XII лабораторией в мазке гноя из свища обнаружен лучистый грибок, а в моче—белок (0,3%) и единичные гиалиновые цилиндры. 24/XII лучистый

грибок обнаружен и в мокроте. В дальнейшем друзы актиномикоза находились неоднократно как в мазках гноя из свища, так и в мокроте. Рентгеноскопия была сделана два раза. Она показывала 22/XII: «справа интенсивная тень, начинающаяся от второго межреберья, спереди идущая книзу. Sinus phrenicocostal. dextr.—свободен. Сердце не смещено». 7/I: «вся правая половина грудной клетки, исключая самый верхний ее отдел, диффузно интенсивно затемнена. Сзади эта тень менее интенсивна, ближе к позвоночнику еще более проясняется. Сердце не смещено, конфигурация и размеры нормальны». Исследование мочи 17/I дало уже белка 2%; микроскопически: много гиалиновых цилиндров, единичные зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия. Температура все время пребывания б-го в терапевтическом отделении держалась между 37,5—38. Кроме общих укрепляющих, б-му давались большие дозы иодистого калия. 23 января б-ной выписался. Путь проникновения инфекции в организм установить не удалось. Нужно думать, что заболевание началось с легких и затем per continuitatem перешло на плевру, откуда уже актиномикотический гной пробил себе дорогу наружу в виде кожных свищей. Данные исследования мочи говорят о прогрессирующем амилоидном перерождении почек.



СОДЕРЖАНИЕ

Протоколы заседаний Волог. научной ассоциации врачей 1—36

ПРИЛОЖЕНИЕ: ДОКЛАДЫ ВРАЧЕЙ:

Крюковской И. Г. К вопросу о Spina bifida cystica	37
Лебедев В. В. К вопросу о питьевом снабжении Сухонских рабочих поселков	43
Кадников П. А. Перспективы работы и строительства в течение сезона на Тотемском курорте	49
Лебедев В. В. К вопросу о водоснабжении г. Тотьмы и курорта	50
Рукин Н. Н. О сроках искусственной беременности	58
Кистер А. К. Диагностика острой кишечной непроходимости .	65
Кадников П. А. Перфоративные перитониты	71
Горгалов С. Ф. Случай актиномикоза легких и плевры . . .	74

п. 53 г.

Цена 1 руб.

Бесплатно

Накладная №

Окрлит № 268 (Вологда).

Тираж 560 экз.

Типография Полиграфтреста «Северный Печатник».

