ДВ613
О 285

ИЗВЕСТИЯ

Общества врачей Южно-Уссурийского края

ВО ВЛАДИВОСТОКЕ.

Адрес редакции и склад издания: г. Владивосток, Общество врачей Южно-Уссурийского края, Посьетская 39.

№ 39. 10 ДЕКАБРЯ 1928 Г. 7-й ГОД.

65780

БИБЛИОТЕКА ХАБАРОВСК. КРАЕВОГО МУЗЕЯ.

СОДЕРЖАНИЕ:

Петров В. Д. и Благовидова-Бринер В. Д. Реакция отклонения комплемента при гонорее.

Бланков Г. И. Туберкулез среди корейцев школьников во Владивостоке.

Динабург Б. М. Наложение сердечного шва при колоторезаном ранении сердца.

Мартынов П. А. К казуистике рака coeci.

Орлов К. Н. Случай одновременной беременности в обоих полостях двуполостной матки.

Рефераты.

Рефериров. протоколы заседаний О-ва врачей Юж.-Усс. края.

Научный кружок при врач. секции в Благовещенске.

Некролог.

ДВГНБ

Журнал выходит отдельными выпусками по мере накопления материала в размере 2 печатных листов.

Присылаемые для напечатания материалы просят писать на одной стороне листа четким почерком или, лучше, печатать на машинке.

Материалы, присылаемые для напечатания, помещаются в журнале бесплатно, причем могут, по усмотрению редакции, подвергаться сокращениям и изменениям, конечно, без ущерба для их содержания. Отдельные оттиски, клише рисунков и диаграмм и таблицы изготовляются за счет авторов. Авторы получают три экземпляра тех номеров, в которых помещены их статьи.

Подписная плата: за год 4 руб. 80 коп. с пересылкой, отдельный номер 80 коп. с пересылкой.

Плату можно высылать почтовыми марками.

Плата за объявления: за целую страницу впереди текста 10 р. и позади текста—8 р., за меньшие—по расчету.

Редакции медицинских журналов просим высылать свои издания в обмен на «Известия».

Окрлит 310 Типография Г.Д.Университета 4226. Тираж 350 экз.

ДВ государственная научная библиотека

ЭР02129

ДВГНБ

ЭР02129

Реакция отклонения комплемента при гонорее.

(Из хим.-бакт. Лаборатории О-ва врачей Юж. Усс. края; завед. д-р В. Д. Петров).

Д-р. **В. Д. Петров** и д-р. **В. Д. Благовидова-Бринер.**

Впервые реакция Бордэ-Жангу при гонорее была применена Bruck'ом, Oppenheim'ом и Muller'ом, а затем в 1908 г. продолжена Altman'ом и Schultz'ем, доказавшими ее специфичность. В 1913 г. серология гонореи была поставлена программ. вопросом на съезде урологов в Берлине, причем докладчиком был сам Вассерман. Затем интерес к этой реакции как-бы затих и лишь с 1922 г. он вновь усиливается, побуждает многих работников к изучению этого вопроса, и появляется много работ, как за границей, так и у нас. Grafenberg, Baumann, Killurd, Heik, Kloppel, Kohn, Тимофеев, Альтгаузен, Ясколко, Финкельштейн, Дембская, Папитов и мн. др. авторы подтверждают благопр. выводы работ преж. лет, разъясняют неудачи некот. авторов, изучают методику и ценность этой реакции и достигают таких результатов, что, по мнению проф. Фронштейна и Кипарского, в наст. время «не может быть сомнения в ее пригодности.» На I-м и II-м съездах росс. урологов в 1926 и 27 г.г. р. Б.-Ж. также подвергается детальному обсуждению, получает весьма лестную оценку и становится столь же необходимым средством для распознания, лечения и предсказания при гонорее, как и реак. Вассермана при сифилисе, превзойдя последнюю, по мнению некот. авторов, своей специфичностью (Кистер).

Особенно большую ценность р. Б. Ж. придают при осумкованных заболев. женс. полов. органов (Мандельштам, Папитов, Gieszczykiewicz i W. Tegajewicz), где нередко только благодаря ей является возможным поставить правильный диагноз и назначить соответ. лечение. Однако и при др. формах гонор. заболеваний реакция эта нередко приносит большую пользу как при диагностике, так и при контроле результатов лечения. Методика, особенно способ приготовления антигена, а также локализация процесса, несомненно, играют большую роль в получаемых при этом способе исследования результатах.

На I-м съезде урологов Финкельштейн отметил, что в вопросе о серодиагностике гонореи наступил определ. сдвиг, и лаборат. метод, пропагандируемый с 1912 г., наконец оценен. Д-р Кистер на том же съезде высказался, что «сыворот. реакция внесла целую революцию в понятие об излечимости гонореи: б-ной только тогда может считаться выздоровевшим, если он окажется здоровым не только клинически, но и серологически».

Д-р Воинов, проведший работу над 204 гонор. б-ными, приходит к заключению, что в клинич. отношении положит. р. Б.-Ж. является решающим фактором при диагностике этиологически сомнит. случаев гонор. заболеваний и бактериологически не подтвержденных. Отрицат. же реакции, также как и р. Вассермана при сифилисе, он придает относит. значение, не умаляющее ее диагност. значения. Дембская, Кон и Грефенберг считают, что р. Б.-Ж. должна быть положена в основу

ЭР02129

Проверено
1940 г.

соврем. диагностики, как единственно верное диагност. средство при гоноррее. Gieszczykiewicz и Terajewicz придают огранич. значение р. Б.-Ж. при муж. гоноррее, т. к. она бывает отрицат. даже после появления осложнений, но особенно ценят ее при женских заболеваниях и особенно — при хронич. формах гонорреи с поражением придатков. Тимофеев отмечает большое значение р. Б.-Ж. для диагностики заболеваний семенных пузырьков, к-рое он устанавливает, имея возможность исключить воспаление в придатке яичка и в простате, при положит. р. Б.-Ж.

Переход положит. р. Б.-Ж. в отрицат. при одновр. исчезновении клинич. и бактериол. данных толкуется как показатель наступившего излечения от гонорреи и ему придается громадное значение.

Изучая р. Б.-Ж. при различ. формах гонорреи как у мужчин, так и у женщин, наибольшее число положит. результатов получали, как было сказано, при осумков. заболеваниях жен. полов. органов. (Папитов, Файн, Розовский, Ротенберг, Шапиро, Щедровицкий,) затем при гонор. артритах (до 100%) и спермато-циститах. Значит. % положит. реакций отмечается также всеми авторами у гонор. мужчин, болеющих как острыми, так и хронич. уретритами, осложненными закрытыми очагами (орхиты, эпидидимиты, простатиты и пр.) У таких б-ных Финкельштейн получал до 85% положит. результатов, Ясколко до 99%, Брук и Розенберг до 80%, Тимофеев до 82%. Несколько отличающиеся результаты дают работы Лейбфрейда и Тухшинда, к-рые отмечают более слабые результаты р. Б.-Ж. при гоноррее, осложненной заболеванием семен. пузырьков или воспалением предстат. железы; также менее постоянной они получали ее при артритах, эпидидимитах и совершенно нетипичной при разлитых процессах.

Естественно гораздо меньше положит. результатов получено при острой и неослож. гоноррее, здесь % положит. реакций колеблется между 20-40. У лиц неболеющих гонорреей или болеющих какими-либо др. б-знями р. Б.-Ж. в большинстве случаев получается отрицательной, в случаях же с положит. реакцией исключение старой гонорреи обычно представляется делом оч. трудным. У некот. исследователей наблюдались в извест. числе случаев положит. р. Б.-Ж. при туберкулезе и сифилисе с положит. р. Вассермана, (Рубинштейн, Файн, Ширвинд, Розовский), но у значит. большинства все 100% здоровых дали отриц. р. Б.-Ж.

С целью выяснить влияние вакцинации на реакцию иммунитета, Лейбфрейд и Тухшнид иммунизировали в течение 2-х недель 4-х лиц, не болевших гонорреей (2-х интравенозно и 2-х подкожно) и не получили положит. реакции. Кон проводил такую же иммунизацию у кроликов и иногда получал положит. результат, но не ранее 26 дней и не далее 3-х м-цев по окончании иммунизации.

Особенно интересными являются исследования француз. авторов, а также Hirsh'a et Moro, к-рым удалось получить положит. р. Б.-Ж., а затем, после провокации обнаружить и гонококк у лиц давно (от 1 до

ЭР02129

44 лет т. н.) болевших гонореей и в момент исследования считавших себя здоровыми.

Появление положит. р. Б.-Ж. у заболевающих гонореей отмечалось обычно на 2-4-й неделе б-ни (Lailey, Cruikshank, A. Kohn) и лишь как редкость на I-й, а исчезновение после клинич. и бактер. выздоровления и переход в отрицат. наступал обычно не позже 2-4-й недели, и лишь изредка положит. реакция продолжала держаться более продолжит. время (Schwartz, Oswald, Ficher).

В общем, все работавшие с р. Б-Ж. при гонорее отмечают, что она при правильной методике и хорошем антигене специфична (в клинич. смысле) и рекомендуют ее, как хорошее диагност. средство в случаях клинически и этиолог. сомнительных, но бактериологически не подтвержденных.

Необходимым условием для получения надежных результатов является приготовление хорошего антигена. Техника его приготовления и оценка до сих пор еще чрезвычайно разнообразны.

Наиболее простым, в смысле приготовления, и в то же время дающим хорошие результаты (по мнению некот. авторов даже «наилучшие») является смыв гонокок. культуры 1-2 суточ. роста на асцит-агаре физиолог. раствором повар. соли, или даже дестилл. водой. Некот. авторы затем прибавляют карболку формалин или уротропин, др. же пользуются живой культурой. Предпочтение отдается поливалентному антигену, хотя некот. употребляют с хорошим результатом и моновалентный антиген (Кон, Ширвинд). Культура гонококка на асцит-бульоне также применялась в качестве антигена, но оценка ее весьма различна: в то время как некот. авторы получили от нее хорошие результаты (Воинов), у других она давала абсолютно неудовлет. результаты (Ширвинд).

Антиформиновый антиген, предложенный в 1924 г. Альтгаузеном и Ясколко, получается обработкой антиформином смытой гонокок. культуры и изготовляется с некот. вариациями, касающимися способа уничтожения свобод. хлора (нагревание по Финкельштейну, титрование гипосульфитом по Ясколко и т. д.). Хорошие результаты от антиформин. антигена получали Финкельштейн, Ясколко, Альтгаузен, в то время как др. авторы (Воинов, Файн, Розовский) или вовсе не получали требуемых результатов или считали его по результатам не отличающимся от антигенов более простого изготовления и не оправдывающим сложности своего изготовления. Negri et Bouquet приготовляли антиген путем извлечения метиловым алкоголем высушенной и измельч. в порошок культуры гонококка, обработанной предварит. ацетоном.

Применяются также антигены ацетон-алкогольные, просто алкогольные и некот. др. Эти антигены подкупают своей стойкостью, возможностью долго сохраняться, в противоположность напр. простому смыву культуры, но, к сожалению, у большинства авторов не дают желанных результатов, почему и не пользуются большою распространенностью.

ЭР02129

Желая практически ближе ознакомится с р. Б.-Ж. при гоноррее, мы использовали гл. обр. сыворотки, остающиеся после реакции Вассермана, присоединяя к ним сыворотки от заведомо гонор. б-ных, а также—заведомо свободных от гонорреи. Всего нами было происследовано ок. 300 сывороток, но т. к. у многих б-ных нельзя было собрать требуемых анамнест. сведений, обработать материал нам представилось возможным лишь от 211 человек.

В качестве антигена мы пользовались преимущественно поливалентным смывом физиолог. раствором повар. соли культур гонококка, после 24-48 час. роста, содержащим в I к. с. ок. 2 миллиардов микроб. тел. В одних случаях к антигену добавлялась корбол. к-та (0,5%), в других—формалин (0,1%). Рабочая доза антигена обычно была 0,1 до 0,2 в $^1/_2$ к. с., а срок изготовления не превышал 1-2 м-цев.

Кроме того в качестве антигена мы пробовали пользоваться асцит-бульонной культурой гонококка, а также изготовляли антиген по сп. Negri et Bouquet, но в обоих этих случаях не получали удовлетв. результатов. Как правило перед постановкой задачи предварительно вытитровывалась вся система с заведомыми и нор. сыворотками.

Все исследованные случаи мы разделили на 4 категории:

1) Несомненно гонор. б-ных,—с опред. клинич. явлениями подтвержденными бактериол. исследованием. Таких в нашем распоряжении оказалось 25: 8 жен. и 17 муж. Положит. р. Б.-Ж. получена у 20 (80%) и отриц.—у 5 (20%.) Среди этих последних было 3 острых гонокок. уретрита без осложнений, давностью не более м-ца, I такой же уретрит 4-х месяч. давности и 1 месячный с начинающимся эпидидимитом. Все 8 женщин дали ясно положит. результат (100%).

2) Гонорройные же больные, но уже «клинически излеченные», т. е. не имеющие явных проявлений б-зни и с отрицат. результатом исследования на гонококки, но все переболевшие ранее гонорреей. Таких больных было обследовано 88: 18 жен. и 70 муж. Среди них положит. р. Б.-Ж. наблюдалась 35 раз (39,7%), а отрицат. 53 раза (60,3%). Среди 18 жен. этой катег. положит. реакция наблюдалась только 3 раза и возможным объяснением этого факта, по нашему мнению, может быть, служит неточность первонач. диагностики гонорреи, представляющей, как известно, у женщин значит. трудности. Продолжительность б-зни 35 ч-к, давших положит. р. Б.-Ж. выражается след. об.: не более года болели 2 ч-ка, от 1 до 5 лет—7, от 5 до 10 лет—7, более 10 лет—9 и долгое, но точно не установленное, время—10 ч-к. Т. обр. и нам, как и др. исследователям, нередко приходилось получать положит. р. Б-Ж. у лиц, болевших гонорреей до 20 и более лет назад и считавших себя совершенно излечившимися от нее.

3) К 3-й катег. мы отнесли «подозрительных» по гоноррее, т. е. лиц с теми или иными подозрит. по гоноррее явлениями, но не подтвержденными микроскопически. В эту категорию вошли гл. обр. женщины—43—и 16 мужчин, всего 59 ч-к. Положит. реакция здесь наб-

ЭР02129

людалась в 25 сл. (42,4%), а отрицат. в 34 (57,6%), причем женщины этой категории дали 21 положит. результат (50%). Результат реакции у б-ных этой катег. имел особенно важное значение, т. к. служил действит. подспорьем для диагноза, прогноза, а также и для контроля лечения.

4) К 4-й катег. отнесены т. наз. «здоровые», т. е. лица, у к-рых с большой вероятностью можно было отрицать наличие гонорреи и, конечно, не имевшие в момент исследования никаких явлений гонорреи. Таких у нас было 39 ч-к (7 жен., 32 муж.), 4 из них (10%) всетаки дали положит. реакцию, объясняемую нами в большин. случаев возможностью скрытия от нас прежде бывшего заболевания гонореей.

Б-ные с гонокок. эпидидимитами, орхитами и простатитами были среди наших б-ных, но, не имея возможности более подробно обследовать всех их, мы и не выделили их в особую группу, хотя неоднократно отмечали у некот. из них отриц. реакцию Б.-Ж.

Гонит наблюдался нами 2 раза, этиология его однако не была достаточно точно установлена и в обоих случаях р. Б.-Ж. дала отрицат. результат.

Резюмируя свои скромные наблюдения, мы не можем на основании их делать каких либо определ. выводов, но все же отмечаем, что: 1) Реакция Б.-Ж. при гоноррее и особенно у женщин может служить очень ценным диагност. и прогност. средством. 2) Реакция эта требует большой точности в работе и особенно в приготовлении и вытитровывании антигенов, к-рые не отличаются большой стойкостью.

Литература 1) Д-р Воинов. Кубан. научн.-мед. вестн. 28 г. Т. VII-VIII. 2) П. С. Бебук. Медиц. мысль. Т V. кн. I. 3) М. Папитов. Жур. для усов. вр. № 7-8. 4) А. Е. Мандельштам. Соврем. биол.-химич. методы исследования в гинек. и акуш. 1927 г. 5) В. Дембская. Женская гоноррея и специф. методы ее лечения. 1927 г. 6) Ю. А. Финкельштейн. Венер. и дермат. 1924 г. № 1. 7) С. Л. Ширвинд и С. И Гольдберг. Вестн. венер. и дермат. 27 г. июль. 8) С. М. Ясколко. Труды 1-го съезда росс. урологов. изд. 27 г. 9)Л. С. Файн, С. Я. Розовский, М. И. Роттенберг, А. И. Шапиро и С. Г. Щедровицкий. Труды 2-го съезда росс. урологов. изд. 1928 г. Д. М.Лейбфрейд и Д. И. Шухшнид. Там же. 10) Gieszczykiewicz i W. Terajewicz. Polsk gaz. Lek. 27. № 16. 11) Kahn. D. M. W 1926. № 41. 12) С. М. Ясколко. Венер. и дермат. 26 г. № 2.

ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДИ КОРЕЙЦЕВ ШКОЛЬНИКОВ ВО ВЛАДИВОСТОКЕ.

Д-р **Г. И. Бланков.**

В детском туберк. диспансере нами было замечено, что среди обращающихся детей корейцев значит. больше локальных форм тбк, чем среди русских. Это обстоятельство, а также и то, что корейское население в нашем округе составляет значит. процент (в округе 145511 корейцев или 25%, в городе же их сравнит. немного всего 6913 на

ЭР02129

107980 жителей), побудило нас обследовать одну корейскую школу, подобно тому как перед этим нами были обследованы школьники 15-й школы на Эгершельде (см. «Изв. О-ва вр. Юж.-Усс. края» № 36).

Нами была обследована корейская школа I-й ступ. с 80 школьниками, из к-рых обследовать удалось только 71. Из них 49 или 69% мальч. и 22 или 31% дев., все в возрасте от 8 до 15 лет.

По социальному положению дети распределяются след. обр.: детей рабочих, гл. обр. грузчиков, 47 – (66,1%), рыбаков 12 — (16,9%), служащих 4 — (5,6%) и проч. 4 — (5,6%).

Обследование проводилось двумоментным способом, т. е. делалась всем накожная туберкулин. реакция и общий осмотр в школе, а затем все с положит. реакцией Пирке направлялись в диспенсер. Тем, к-рые дали на первую реакцию отрицат. результат, реакция повторялась еще раз.

Первая реакция дала положит. результат у 62 детей, т. е. у 87,3%, из остальных 9 детей при повтор. реакции дали положит. реакцию еще трое.

Всего, следоват., с положит. реакцией Пирке оказались 65 детей или 91,6%. По возрасту частота реакции Пирке распределяется таким обр.[1]): В 8 лет (5) в 60,0%, в 9 лет (7) в 85,0%, в 10 лет (13) в 95,0%, в 11 лет (9) в 100,0%, в 12 лет (16) в 94,0% и от 13 до 15 лет (20) в 95,0%.

Т. о. и здесь мы видим, что с возрастом количество положит. реакций растет.

По нашим же данным обследования русских школьников г. Владивостока процент с положит. реакцией Пирке (64,2%) приближается к результатам обследования в Ленинграде и Москве, среди же корейцев, как видно выше, он несравненно больше.

Клинич. формы среди корейских школьников след.:

Возраст	St.allerg.*)	I_1*)	I_2*)	Тбк. легких.	Тбк. желез.	Тбк. костей.
8	—	2	—	1	—	—
9	—	5	—	1	—	—
10	3	8	2	—	—	—
11	1	8	—	—	—	—
12	4	7	3	1	1	—
13—15	7	8	2	1	—	—

Как видно из таблицы, число локальных форм составляет 7,0%, что значит. выше, чем среди русских школьников гор. Владивостока (1,8%), но наше мнение, что число локальных форм среди корейских детей еще выше. Так по данным нашего диспансера детей корейцев посетило 68, ил них 8 с тбк. легких, 9 с тбк. желез, 8 с тбк. костей и 3 с тбк. перитонитом.

---

[1]) В скобках указано общее число детей.

*) St. allerg.—с положит. реакцией Пирке, но практически здоровые.

I_1—хранич. тбз. интоксик. в легкой степени.

I_2- » » » в тяжелой степени.

ЭР02129

По данным школы из локальных форм чаще встречается тбк. легких (4 случая), но открытых форм не наблюдалось.

Обращает внимание значит. процент с пониженным питанием— 22,3%, с резко пониженным 23% и со средним питан. всего 24,6%.

У всех детей увеличены перифер. лимфат. железы. У б-ства 5 и более групп желез—76,7%, тогда как у школьников русской школы только 67%. Величина желез обычно с горошину, но у 35% с боб и фасоль.

Обследование также показало, что ни один из учеников данной школы не был на учете диспансера.

Выводы: 1) диспансер не охватывает всей массы детей, вследствие ограниченного штата, 2) необходимо в штат диспансера ввести ч-ка, знающего корейский язык, 3) среди корейцев надо еще проводить широкую санпросвет. работу.

Наложение сердечного шва при колоторезаном ранении сердца.[1])

(Из хирургич. отдел. Владивостокской гор. больницы; завед. д-р Н. А. Кестлер).

Д-р Б. М. Динабург.

Хирургия полости сердеч. сумки является самой молодой из полостной хирургии. Всего только 32 г. т. н. была произведена Rhen'ом первая операция сердеч. шва, а в России эта операция до 1903 г. была произведена только 6 раз.

Если практич. хирургия сердца так молода, то нельзя этого сказать про теорит. ее разработку; зачатки хирургии сердца мы встречаем в глуб. древности; приходится начать с Гиппократа, к-рому раны сердца были, оказывается, уже известны и притом как абсолютно смертельные. Напалков историю хирургии сердца условно разделяет на 3 периода: 1-ый—это „период бесплодных изысканий и толкований древних авторов гл. об. Галена с его учением о кровообращении; 2-й—период накопления знаний в области хирург. патологии; здесь необходимо упомянуть два француз. имени: Ambrois Paré, описавшего впервые случай ранения сердца и Morgagni, высказавшегося первым о значении изливающейся в околосерд. сумку крови, дающей тот клинич. симптомокомплекс, к-рый в 1884 г. тщательно описывает Rosè под термином „сердечной тампонады"; вот с именем этого последнего, т. е. следовательно с конца 19 стол., начинается уже 3-й период сердечной хирургии—период практич. хирург. помощи, характеризующейся как глав. операт. пособием—наложением с. ш. на раны сердца. Эксперим. на животных первый наложил с. ш. Block, а затем в 1896 г. почти одновременно Farina и Rhen произвели эту операцию на ч-ке. Из русских врачей, вложивших извест. долю в разработку этой главы хирургии, следуеть отметить Н. И. Пирогова, жившего в то

[1]) Доложено в О-ве врачей Юж.-Уссур. края 20 окт. 1928 г.

ЭР02129

время, когда хирурги смотрели на повреж. сердца как на неподлежащие операт. пособию, между тем как он уже тогда утверждал, что „раны сердца могут быть излечимы" и в качестве лечеб. приема предложил искусст. обморок б-ного, как кровоостан. средство. Из др. авторов упомянем: Подреза, Чугаева, Напалкова, Грекова, Джаналидзе, Гессе.

Под громким названием хирургии сердца и в наст. вр., когда произведено всего 535—540 операций на сердце во всем мире, следует разуметь весьма огранич. отдел хирург. патологии, гл. об. трамват. повреждения, раны сердца. Причина такого небольшого мирового материала—535 опер. с. ш.—лежит в анат.-физиол. особенности сердца. Трудность подступа к нему, скрытому за кост. футляром груд. клетки с одной стороны и самое главное быстро наступающая смерть в результате повреждений этого важнейшего органа с другой—вот обстоятельства, к-рые ограничивают такой небольшой цифрой мировой материал по сердеч. хирургии.

Раны сердца принято разделять на огнестр., колотые и колоторезаные. Кроме того различают раны проникающие в полость сердца от не проникающих; при первых будет скопление крови в полости перикарда, при вторых этого не наблюдается. Чаще всего до хирурга доходят раны колоторезаные: так по Гессе на 160 колоторезаных ран огнест. приходится 27; по Fischer'у на 304 колоторезаных раны—огнестр. 72. Локализация ран сердца на поверхности кожи не всегда точно соответствует проэкции фигуры сердца: так по Гессе, обработавшему материал Обуховской больницы за 20 лет, имеющей, кстати сказать, самый большой материал по серд. хирургии в России,—имеем: на 48 оперир. сл. в 21, т. е. в 43,7%, наружные (кожные) раны находились вне проэкции фигуры сердца на поверхности. Чаще всего раны локализируются от lin. parasternalis до lin. mammilaris sin. между 2 и 6 межреб. промежутками. Напалков отмечает 4 и 5 межреб. промежутки слева, как наиболее частую локализацию ран. Величина кожных ран б. ч. незначительна, колеблясь от $^1/_2$ до 5 см; у Гессе в 69%—2 см. Кровотечение из наруж. раны бывает незначительное или его совсем не наблюдается; на 48 сл. Обухов. б-цы в 26 совсем не было кровотечения из наруж. раны. Идя, так сказать, послойно вглубь нужно отметить, что б-во сердеч. ран идут через плевру; так по материалам Обух. б-цы 91,6% всех сердеч. ран являются чрезплевральными. В клинич. течении середеч. ран факт наличия или отсутствия ранения плевры играет колос. значение. В работе орд-ра Сарат. хир. кл. Назарова очень красочно описан симптомокомплекс ранений сердца с сопутствующей плевр. раной и без нее. В первом случае всегда будет картина явного, быстро на глазах наростающего внутр. кровотечения, ибо кровь из пораненного сердца, перикард к-ого интимно прилежит к плевре, получает возможность выбрасываться в большой вместимости бассейн—лев. плев. полость. В случае же внеплевр. хода раны,—будет в наличии именно тот симтомокомплекс, к-рый Rosè назвал

ЭР02129

„сердеч. тампонадой“: изливающаяся кровь из сердца в полость перикарда растягивает последний, давит на венечные и впадающие в сердце сосуды, что ведет к быстрой остановке сердца. Такие б-ные в отличие от первых, не имеют признаков большой потери крови: они сильно возбуждены, мечутся в беспокойстве и б. ч. умирают в первые $^1/_2$ часа, если не получат очень быстрой операт. помощи.

Из отдельных областей сердца чаще всего ранится прав. сердце; так по Чугаеву прав. ж-чек в 120 сл.—левый в 81 сл.; прав. предсердие в 17—лев. в 9 сл. Fischer отмечает наибольшую частоту ранений ж-чков: ранения предсердий в 41 сл.—ж-чков в 224 сл. Обухов. б-ца имела ранения лев. ж-чка 26 сл., прав.—14 сл.; лев. предсердия 3 сл., правого 4 сл. и 1 сл. совместного ранения прав. и лев. предсердий; при этом прогноз Обух. б-ца делает наилучший для желудочковых ранений и худший для ранений тонкостенных предсердий.

Б-ство сердеч. ранений является проникающими в полость сердца: по Fischer'у в 91%, по Напалкову в 90%. Обух. б-ца из 48—45 имела проникающих. Иногда ранения сердца бывают сквозными, повреждая и заднюю стенку сердца, что и было в 4 сл., опериров. в Обух. б-це с тремя смерт. исходами. Направление хода раны сердца чрезвыч. разнообразно, длина колоторезаных ран всегда неск. меньше кожного наруж. ранения.

Переходя к рассмотрению методики распознавания серд. ран, след. сказать, что всеми авторами отмечается больш. трудность диагностики их. Напалков по этому делает такое заключение:. „В б-стве случаев ранение сердца в первое время бывает более или менее вероятным и только в послед. течении появляются признаки, подтверждающие сделанное прежде предположение о повреждении сердца“. Часто операт. вмешательство к этому моменту выясненной диагностики делается запоздавшим, ибо сердце не имеет никакого др. викарного органа.

Гессе относительно распознавания сердеч. ран формулирует свое впечатление след. обр.: „Симптоматология серд. ранений чрезвыч. сложна. Нужно считать доказанным, что нет абсолютно типич. картины ранения сердца. Тяжелые повреждения легких, повреждения art. mammar. int., межреб. артерий могут дать совер. аналог. явления“. Наличие раны груд. клетки в предсерд. области, увеличение сердеч. тупости, исчезновение дыхат. шума при наличии гемоторакса, нарастающее ухудшение общего состояния, явления внутр. кровотечения или наоборот явления сердечной тампонады—все это должно наводить на мысль о возможности сердеч. ранения. Напалков предостерегает от весьма соблазнит. на первый взгляд попытки произвести обследование раны зондом и напоминает о трагич. случае Rosè, при к-ром зондированием был оторван, образовавшийся уже было тромб, вслед за чем последовало смерт. кровотечение.

Что касается течения и исхода, то, как уже мы говорили, физиолог. роль сердца в организме такова, что б-во раненых в сердце б-ных не успевает быть доставленными в лечеб. учреждение и умирает на

ЭР02129

месте. Мнение старин. хирургов в отношении прогноза было особенно мрачно. Старое объемистое франц. руководство Emile Forgue et Paul Reclus „Курс о хирург. терапии", уделившее главе о ранах сердца всего лишь 2 стр., в отношении прогноза говорит след.: „Природа делает для этих б-ных по меньшей мере столько же сколько и хирургия". Статистика позднейших авторов также дает большую цифру смертности: Чугаев определяет ее в 91,5%, Loisson—88%, Fisher—81%, причем 25% смертей наступает тотчас после повреждения. Со времени применения операт. пособия смертность значит. снижается. По Икавитцу (привожу из Тихова) 185 сл. пользованных не оперативно дали 83% смерти, 63 сл. леченные оперативно дали 51% смерти.

В значит. степени на исход влияет время предпринятого операт. вмешательства. В этом отношении весьма интересен материал Обух. б-цы: из 48 опер. б-ных—26 оперировались в первые 4 часа и из них в 1-ый час—8 чел. Эти 26 б-ных дали 12 смертей, т. е. всего 46%. Оперированные же позднее—от 5 до 14 часов—дали уже 85% смерти: из 7 умирает 6. Из всех 48 б-ных Обух. б-цы умерло 33, причем время наступления смерти было след.: на столе во время операции —9, т. е. 27%, до истечения 24 час.—7, т. е. 21,2%, на 2 день —5, т. е. 15,1%, на 3, 5, 8, 11, 12, 14, 17, 21—по одному, на 6 и 25—по два.

Эта таблица с достат. яркостью рисует всю серьезность прогноза серд. ранений: 27% остается на столе и 36% умирает в первые 48 час. Более поздняя гибель б-ных объясняется осложнениями послеоперац. периода, из коих самые частые перикардиты, плевриты, гемотораксы. Рассматривая принципы и методику лечения ран сердца, следует сказать, что операт. лечение имеет давность всего 32 л.: в 1896 г. Rhen и Farina впервые произвели наложение с. шва. Прежние же авторы, судя по такому старин. руководству как Paul Reclus, рекомендовали ограничиваться консерват. терапией: покой, молчание, лед на область ранения, дигиталис; кровопусканием—и довольно значительным —заканчивается перечень терап. мероприятий, к-рые применялись 30 лет т. н. при лечении ран сердца. Соврем. положение этого вопроса у Гессе формулировано т. о.: „Оперировать следует при каждом ясно распознанном, угрожающем внут. кровотечении". Говоря о технич. выполнении операции с. ш., нужно отметить 3 положения, к-рые особенно горячо дебатируются: 1-ое—оперировать внеплеврально—всеми авторами признается трудно выполнимым условием; 2-ое—открывать сердце т. н. лоскутным реберным разрезом (времен. резекция ребер) или же идти разрезом с окончат. резекцией ребер; 3-е—тампонировать ли полость перикарда и плевры или предпочесть глухой шов их. Напалков разделяет все „лоскутные" способы на 3 катег.: а) в лоскут берется только часть ребер, б) кроме ребер берется частично грудина, в) ребра плюс отрезок грудины во всю ее длину; он разработал и свой собственный метод обнажения сердца путем образования лоскута, почти повторяющего фигуру сердца. Из др. способов отметим способ Кохера-

ЭР02129

Гагенторна с лоскутом на подобие крышки портсигара. Школа Грекова является противником подхода к сердцу „лоскутным" способом и настаивает на обнажении сердца путем простого линейного разреза с окончат. резекцией ребер; в основу своего предложения Греков берет факт очень частого послеоперац. осложнения ввиде перикардита, медиастенита с послед. сращениями перикарда с грудной клеткой и, т. о., сердце будучи ограничено в своих движениях неуступчивой ребер. частью груд. клетки, испытывает. значит. затруднение в своей работе. Джаналидзе, разбирая материал в 535 сл. кардиорафий, сообщает, что б-ство б-ных было оперировано по методу окончат. резекции, причем этот метод дал 46% выздоровления, в то время как "лоскутный" дал 41%. Проф. Schmiden в своей работе „Современ. состояние хирургии сердца", основываясь на большом материале с. ш. хирург. клиники во Франкфурте, считает, что для успеха операции тип внеш. разреза особого значения не имеет. По вопросу о тампонаде, дренировании перикарда, плевры б-ство авторов сходится в отрицании их или крайнем их ограничении. В Обух. б-це из 48 опер.—8 раз применена была тампонада; Гессе считает наилучшим методом глухой шов плевры и перикарда; проф. Миротворцев (по работе Козырева) описывает случай „самоудушения сердца" затянутым силой самого сердца и обернувшимся вокруг крупных сердеч. сосудов длинным, вставленным в перикард тампоном, не зафиксированным на поверхности кожи. Трудность наложения с. ш. особенно первого, ввиду постоянных движений сердца, часто к тому же кровоточащего,—значит. облегчается накладыванием шва в период только диастолы. Т. к. длина раны сердца бывает б. ч. незначительной, то количество швов обычно равно 2—3; в Обух. б-це 1 случай потребовал 11 швов при наличии 3-х ран. Прорезывание швов—не очень редкое явление: по Гессе оно наблюд. в 16% и притом по преимущ. у б-ных, поступающих в пьяном виде. Вопросу об отдален. результатах с. ш. в последние годы посвящено неск. работ. В 1925 г. на XVII съезде хирургов Теплиц сделал доклад по этому вопросу и показал б-ную, оперированную им 7 лет т. н. и тщательно им за все это время прослеженную. Ее ист. бол. заслуживает внимания. 26 апр. 1918 г. оперирована по поводу резаной раны лев. ж-чка; 2 шва; тяжелое послеопер. течение: гнойный плеврит. 10 авг. выписана в хорошем сост., через 6 м-цев—испанка, в 1919 г.—сифилис, в1920 г. под хлороф. наркозом влагал. кесар. сечение, в том же году — выскабл. матки, в 1921 г. повторно влагал. кесар. сечение (хлороформ), в 1923 г. выскабл. матки, в том же г.—лапоротомия и перевязка труб. К моменту демонстрации б-ная вполне трудоспособна, страдает одышкой. Т. о. случай Теплица показывает, как прекрасно может функционир. зашитое сердце. Оперирована по методу окончат. резекции. Гессе на основании 110 сл. считает, что с. ш. дает 77,2% отлич. результатов, 21% условно хороших и 1,8% скверных. Джаналидзе же получил на 113 отдаленно прослеженных сл.: 55,6% очень хорош., 40,8% хорош., удовл. 0,9% и 2,7% совсем неудовлет.

ЭР02129

Вообще говоря, все авторы об отдален. результатах с. ш. дают весьма одобряющие цифры.

Перехожу к изложению своего случая. В ночь с 11 на 12 окт. 1928 г. был доставлен в гор. б-ницу б-ной К. 22-х лет; полчаса т. н. б-ной, танцуя в клубе лезгинку, манипулировал с черкесским стилетным ножом; стоявший вблизи товарищ толкнул его, и он, ударившись рукой о что то твердое, вонзил себе в грудь нож; с ножем в груди он выбежал из клуба, но вскоре упал и уже был подобран Скор. Мед. Помощью, доставившей его в б-ицу. Stat. praes.: в сознании, трезв, говорит мало, неохотно отвечая на вопросы, вяло реагируя на обследования. Пульс мягкий, легко сжимаемый, 90 в м., несколько учащ. дыхание; лев. сторона груд. клетки как то неск. возвышается по сравнению с правой, точно чуть припухла; кожная рана на уровне 3-го ребра слева по l. mammil. длиной в 2 см., абсолютно не кровоточащая.

После дополнит. расспросов окружающих, спустя следоват. 10-15 мин., при вторич. осмотре-резкое ухудшение общего состояния: пульс еле прощупываемый, не сосчитываемый, больного сильно клонит ко сну. К тонам сердца примешиваются дополнит. какие то хлюпающие шумы. Заподозрено внут. кровотечение с возможностью ранения сердца или какого либо сосуда; решено экстренно оперировать; т. о. через 30-35 мин. по прибытии в б-ницу и след. через 1 час с небольшим после полученного ранения б-ной был взят на операционный стол, причем пульса уже не прощупывалось, б-ной не отвечал на вопросы, находясь как бы в глубоком сне.

Вначале без наркоза, а позднее под легким эфирным оглушением сделан линейный разрез, продолжив рану вправо и влево, длиной 18 см., резекция 3-го ребра, громад. кровотечение из полости плевры через колоторез. ранение ее; резекция 4-го ребра с ранением плевры; левое легкое прилежит к ране, из полости плевры с каждым выдохом потоки крови, заливающие операц. поле; в виду узости опер. поля резекция части грудины, после предварит. осушки. Обнаружена колоторезаная рана перикарда, откуда ритмич. выбрасывается сильная струя жидкой крови. Края перикард. раны захвачены брюшин. клеммами, рана быстро расширена вправо и влево и на обнаженном т. о. сердце обнаружена колоторезная рана, длинной 1,5 см.

Первые попытки наложить швы на рану были неудачны, ибо недостаток света, бьющееся сердце, постоянно поступающая из него кровь, сильно затемняющая операц. поле—все это затрудняло операцию. К тому же своеобразное, доселе неиспытанное ощущение при работе на сердце—несколько выводило из спокойного равновесия.

Во время операции было замечено, что накладывать швы, их завязывать возможно, работая тоже ритмически—все делать только во время диастолы. Имея как держалку 1-й шов, второй уже наложить было значит. легче; после наложения 2-х швов на рану, кровотечение совершенно прекратилось. Прорезывания швов не было. Перикард зашит непрерывно кетгутом, также и плевра. Из полости перикарда кровь

ЭР02129

тщательно удалена, из плев. полости этого сделать полностью не удалось. Марлевый тампон межмышечно в плев. полость, швы на мышцы, кожу. Уже к концу операции у б-ного появился пульс, а после подкожного, а позднее внутревенного вливания физиол. раствора, он стал удовлетворит. наполнения, 110 в м. Вскоре б-ной пришел в себя и рассказал окружающим санитарам историю своего ранения, подчеркнув, что виновных в этом никого нет. 12-го утром: затруд. дыхание, боль при вдохе слева, пульс 116 в м. хорош. наполнения, темп. 37,4, повязка и тампон значит. смокли кровью, поступившей из плев. полости. Общее сост. удовлет. Вечером темп. норм., пульс удов. наполнения, частит. Жалобы по прежнему на затруд. дыхание. 13-го в 8 ч. у. умер, т. е. через $1^1/_2$ суток.

Аутопсия, произвед. д-ром Берцевым, показала: колоторезаная рана правого ж-чка сердца, т. е. наиболее часто встречающаяся, величиной в 1,5 см., проникающая в лев. ж-чек, при чем ход раны идет непосредственно под легоч. артерией и далее проникает в полость аорты под средним ее клапаном, задняя стенка аорты цела.

Haemothorax sin. В полости перикарда незначит. колич. жидкости кровян. цвета. Швы на перед. стенке сердца закрывают рану хорошо. Т. о. наш б-ной имел сугубо тяжелое ранение сердца, проникающее в наиболее жизненноценные участки его, и соединяя между собой полости сердца наполненные самой венозной (прав. желудоч., легоч. арт.) и самой артериальной кровью (аорта)—в корне нарушившее общий газообмен. организма.

Теорет. рассуждая, работа малого круга кровообращения при наличии такого рода ранения должна была сводиться на нет при этом своеобразном искусствен. пороке сердца. Если прибавить к этому наличие крови в полости плевры, к-рую мы полностью не смогли удалить во время операции, то сделается понятным та затрудненность процесса дыхания, к-рая превалировала у б-ного в последние часы его жизни. Считаю, что операция—наложения с. ш.—и в нашем случае вполне оправдала себя, как верный метод остановки кровотечения: быстрая налаженность пульса после предшествовавшего его отсутствия перед операцией, достаточно говорит сама за себя в этом отношении. Подступ к сердцу нам казался наиболее простым-линейный разрез с окон. чат. резекцией ребер, почему он и был применен.

К казуистике рака coeci. *)

Из хирур. отд. Владивостокской гор. б-цы.
Д-р П. А. Мартынов.

Вопрос о хирургии толстых кишек и сейчас еще является одним из самых трудных и интересных отделов хирургии кишек вообще. Из доступной мне русской литературы за последние 20 лет с несомненностью видно проявление живейшего интереса хирургов к этому вопросу.

*) Доложено на заседании О-ва врачей Юж.-Усс. края в окт. 1928 г.

ЭР02129

Так этот вопрос обсуждался на XII съезде русских хирургов. На след. XIII съезде он был уже програм. вопросом и, наконец, в послед. время в 1926 г. на I всеукраин. съезде хирургов вопрос этот был так же затронут.

Помимо этого он был программным на междунар. конгрессе хирургов в 1913 г. и на очередном съезде франц. хирургов в 1922 г.

Не вдаваясь в подробности частоты заболевания раком толстых кишек, отметим, что в общем $^0/_0$ их по отношению к общему числу раков мало различен у разных авторов. Так по самой крупной статистике Heimann'a на 20.544 общего числа раков на долю толстой кишки пришлось всего 224 случая, т. е. $1^0/_0$. По Тоичкину на 13875 сл. пришлось 302 сл., т. е. $2^0/_0$.

По материалам Владивост. гор. б-цы, собранным д-ром Озолинг, на 415 раковых б-ных на толстую кишку приходится 6 сл., т. е. $1{,}4^0/_0$.

Что касается рака только олной сл. к., то из всех раков толстой кишки на ее долю (по данным Ансимова, Шаака, Пунина, Калмановского и Озолинг) приходится от 26,2 до $50^0/_0$.

Из этих цифр видно, что сл. к. есть одна из частых локализаций карциномы, что объясняется с одной стороны более длительным застоем здесь каловых масс, а с другой забрасыванием и уплотнением их в восходящей и сл. кишке благодаря антиперистальтическим волнам возникающим периодически в толстой кишке. Послед. обстоятельство было эксперим. доказано на животных американцем Кенноном.

Т. об. если раки толстых кишек вообще довольно редки, а слепая поражается в четверти или половине случаев их, то нужно признать, что раки сл. к. представляют известный казуист. интерес. Исходя из этого, нужно полагать, что наши сведения о раках сл. к. далеко еще не совершенны и относительно многого еще нет вполне установ. мнения, а поэтому нам кажется, что каждый случай в цепи общего казуист. материала имеет значение, т. к. он ведет к выяснению быть может новых сторон вопроса.

Исходя из этих соображений, мы позволяем себе остановить внимание на нижеслед. случае, представляющем интерес гл. обр. с патол. анатом. стороны.

5 сент. 1928 г. в хир. отд. поступила б-ная кореянка Ким Варвара, 49 лет, с жалобами на общую слабость, исхудание, боли и опухоль справа внизу живота.

Из расспроса выяснилось, что наследственность у нее благополучная, заболеваний детства она не помнит и до февраля тек. года чувствовала себя всегда здоровой.

В фев. наступил приступ сильных болей внизу живота справа, сопровождающийся повыш. темпер., тошнотой, рвотой и задержкой газов и стула. Через неделю после приступа заметила опухоль в илеоцек. области сильно болезненную и медленно растущую. С м-ц, как опухоль достигнув определ. величины, как будто бы перестала увеличи-

ЭР02129

ваться, но б-ная отмечает, что она сильно похудела и ослабела. Аппетит все время удовлет., стул правильный.

Status praesens. Роста сред. Телосл. прав. Питание резко подорвано: кожа легко собирается в большую складку, истончена и субъиктерична. Слизистые резко бледны. Во рту явления катар. стоматита. Легкие — норма. Тоны сердца глуховаты. При ощуп. живота найдена в илеоцек. области плотная, с неров. поверхностью и малоподвиж. опухоль, как будто спаянная со стенкой живота. Вследствие сильной болезненности границы и размеры опухоли определить было затруднительно. В крови явления вторич. малокровия, со стороны белой крови норм. Моча-норм. В кале много яиц аскарид и положит. реакция на кровь.

До 2 окт. б-ная была курирована консерват. — назначено тепло на живот, под влиянием к-рого опухоль стала неск. меньше; были изгнаны аскариды.

2 окт. операция (д-р А. Ю. Озолинг). Наркоз-хлороф. и морфий. Разрез параректальный над опухолью. По вскрытии брюшины оказалось, что сл. к. занята опухолью спаянной с брюш. стенкой, сальником и прилеж. петлями тонких кишек. По разделении спаек опухоль мобилизирована и удалена с прилеж. частью подвзд. кишки на протяжении 13—15 см. от места ее впадения в сл. к. Между восходящей частью толстой кишки и ilenum наложен анастомоз по типу side to side двухэт. швом. К месту швов подведен сальник. Брюшная рана закрыта наглухо. Под кожу 700,0 физиол. раствора.

На 3-й день отошли газы, до 5 дней гладкое течение. На 5-й день вздуло живот, язык сухой, пульс частый. На 6 день рвота. На 7 день вечером картина коллапса и в 9 ч. вечера б-ная умерла при явлениях упадка серд. деятельности.

Аутопсия. Резкое исхуд. и малокр. Левост. фиброзные плеврит. спайки. Паренхим. перерождение сердца. Гнойный перитонит. Частич. омерт. и расхож. швов на месте анастомоза подвзд. кишки с восход. ободочной. Паренхим. измение печени. Явления застоя в почках.

Привожу описание микро и макроскопических препаратов полученных на операции, к-рые в сущности и составили повод к наст. сообщению (препараты изготовлены д-ром А. Д. Волошиным).

Под микроскопом почти вся толща кишки пронизана пучками соедин. ткани, среди к-рой залегают многочис. мелкие клетки расположенные местами в виде железок. Ядра их небольшие и местами дают картину гиперхроматоза. Распада не видно. В некот. местах клетки неск. больше и напоминают клетки плоского эпителия. Лимфатич. сосуды местами расширены с ясно выраженным эндотелием. Т. о имеется мелкоклет. диффузный рак по своему гистол. характеру относящийся к группе фиброзных раков или скирров.

Макроск. препарат представляет сл. к. с впадающим в нее отрезком ilei.

В общем он представляется бугр. опухолью, овальной формы, величиною 12×10 см. У слепого конца опухоли находится отрезок

ЭР02129

впадающей подвзд. кишки и утолщенный извитой придаток сл. к. Вся поверхность покрыта фиброз. наслоениями — следами бывших спаек, к-рые покрывают также и придаток. Просвет кишки пропускает палец. На разрезе сл. к. видно, что стенка ея утолщена местами до 3—4 см. Это утолщение происходит за счет инфильтрирующих всю стенку атипических бугристых разрощений без границ переходящих в норм. стенку кишки и циркулярно охватывающих всю стенку по периферии как бы кольцом.

Слизистая представляет явления поверхн. некроза.

В чем же собственно представляют интерес препараты даннного случая?

Дело в том, что по данным Анисимова гистолог. рак толстых кишек распределяется след. обр.: железистый рак встретился в его материале в 60%, коллоидный в 16% и фиброзный в 8%, т. е. фиброзная форма рака есть наиболее редко встречающаяся. В нашем случае как раз и имеется именно такая форма рака и с этой точки зрения описанный препарат помимо того, что он вообще редок, является одной из самых редких форм раков сл. к. Что касается клин. картины нашего случая, то с точки зрения имеющегося потол.-анатом. субстрата она легко объясняется. Так медленный темп течения б-зни, повидимому, зависил от малой склонности к распаду и метастазам скирозного рака, а наличие хронич. аппендицита объясняет нам приступ болей справа внизу живота и тот факт, что опухоль при применении тепла неск. уменьшилась. Очевидно имеющийся экссудат в результате сопутств. аппендицита подвергся разрешению, что и повело к уменьшению опухоли и к более резкому контурированию ее.

В отношении диагностики нужно сказать, что наличие у б-ой субъиктеруса, кахексии, плотной бугристой опухоли наклонной к росту, кровь в кале и возраст несмотря на наличие воспалительных явлений со стороны аппендикса делали распознование злокач. опухоли до некот. степени вероятным и с этой стороны наш случай особого интереса не представляет.

Печатные источники: 1. Анисимов А. Ф. «Хирургия». 1909 года т. XXVI. 2. Тростанецкий М. М. Там же. 1913 г. т. XXXIII. 3. Томашевич. Там же. 1909 г. т. XXVI. 4. Bergmann, Bruns, Mikulitz. Руков. практ. хир. т. III г. I. 5. Шмаус. Руков. по патол. анат. ч. II. 6. Калмановский. Нов. хир. арх. 1924 г. т. V. 7. Микули. Там же. 1922 г. т. II. 8. Шаак. Там же. 1925 г. т. VII. 9. Пунин. Там же. 1926 г. т. X. 10. Тихов. Частная хир. 11. Юб. сборник проф. Мыша. Стр. 296. 12. XV съезд Рос. хир. в 1922 г. Стр. 256. 13. 1 Всеукр. съезд хир. в 1926 г. Стр. 263.

Случай одновременной беременности в обоих полостях двуполостной матки.

Из. гинек. отделения Никольск-Усс. жел.-дор. больницы.

Завед. отделением д-р **К. Н. Орлов.**

Прежде чем перейти к описанию нашего случая, я позволю в кратких словах коснуться вопроса о раннем прерывании беременности.

ЭР02129

Перед гинекологом часто встает этот вопрос, ибо б-ные, заметив у себя задержку менструации в 5—7 дней, обращаются с настойч. требованиями к врачу сделать выскабливание матки. При 5—7 днев. задер. менструации, в некот. случаях, бывает невозможно диагносцировать как физиолог. так и трубную беременность. Выскабливание в таких случаях неожиданно приводило к катастрофе. В монографии Л. Я. Цейтлина собраны и изложены такие случаи. С др. стороны нужно учитывать и то обстоятельство, что при такой ранней беременности оплодот. яицо может еще не спуститься из трубы в матку или, основавшись в матке, еще быть настолько малым, что выскабливанием не достигается желаемого результата и плод благополучно продолжает развиваться, что мы и видим в случаях описанных Бергалом. Проф. Гентер говорит: „никогда не следует делать выскабливания в очень ранние сроки беременности, когда при помощи биман. исследования еще не представляется возможным поставить диагноз физиолог. беременности...“ Наиболее подходящим сроком для прерывания беременности нужно считать 40—45 дней от конца последней минструации, когда достаточно явственно как говорит д-р Неверов, будет ощущаться флюктуация матки и разрых ление шейки.

Если в некот. случаях бывает трудно распознать раннюю беременность вообще, то беременность двойнями до известного срока определить невозможно, невозможно также диагносцировать при помощи биман. исследования наличие двуполостной матки.

В редких случаях продолжение беременности после искусст. плодоизгнания зависит от нераспознанной беременности двойнями в порочно развитых внутр. половых органах женщины, к коим можно отнести двойные, двуполостные и проч. матки.

Для большей ясности обратимся к истории развития наруж. и внутр. половых органов. Первые развиваются из эктодермы, а последние из сред. и внутр. зародышевого листка. На 4—5 неделе утроб. жизни женск. плода около Вольфова тела начинают образовываться впервые половые железы. Одновременно с этим от первич. почки начинают отходить Мюллеровы ходы, из к-рых впоследствии образуется половой тракт с трубами, до входа во влагалище, а из половых желез—яичники. Матка образуется от слияния двух Мюллеровых ходов, к-рое заканчивается к 3-му м-цу утроб. жизни плода, а к 7-му м-цу утроб. жизни заканчивается формирование половых органов и только опускание половых желез и труб из большого таза в малый совершается несколько позднее. В начале Мюллеровы ходы от половой железы до sinus urogenitalis являются сплошными и притом обособленными друг от друга образованиями. Такое эмбрион. соотношение является отчасти объяснением тех пороков развития, к-рые встречаются в этой области. Настоящие же причины пороков развития не ясны (проф. Судаков) и возбуждают много споров, многие авторы склонны объяснять неслияние и незарощение механич. моментами (Кюстнер, Винкель, Фейт, Груздев, Славянский), др. же видят причину конституциональную и проч. Повиди-

ЭР02129

мому причин много, чем возможно и объясняется разнообразие пороков развития.

Пороки развития матки делятся на две группы; к первой относятся пороки происшедшие после слияния Мюллеровых ходов—uterus infantilis, uterus foetalis, врожденные перегибы, атрезии и сужения. Ко второй группе относятся пороки вследствие неслияния Мюллеровых ходов, к-рые выражаются в удвоении органов полов. канала. Сюда относятся разнооб. и многочис. пороки, к-рые в свою очередь можно разделить на два больших отдела: 1) недостат. слияние Мюллеровых ходов без дефектов в системе и строения тканей и 2) недостат. слияние Мюллеровых ходов, соединенное с дефектами системы и строения ткани.

Нас интересует первый отдел. В нем мы различаем след. формы: встречающуюся очень редко—две разделенные матки и два влагалища, далее идут двурогая матка, с двумя шейками и разделенным влагалищем или частично разделенным влагалищем и, наконец, имеется еще один вид порока, где при наруж. исследовании матка имеет совершенно норм. вид и в то же время может сохранить внутри полости перегородку,—основной формой такого порока является двуполостная матка с разделенным влагалищем, а переходными формами будут: а) двуполостная матка с перегородкой в верх., сред. или ниж. части влагалища и б) матка с перегородкой в верх., сред. или ниж. части, при частичном или полном отсутствии перегородки влагалища (проф. Судаков). Менструация, при описанных пороках, протекает совершенно нормально. Беременность может развиться в любом из рогов и любой полости, а при беременности двойнями и одновременно в обоих рогах или в обоих полостях (Шредер, Судаков, Дмитриев, Алаев). Что касается диагноза уродства, то двурогая матка определяется легко, но всеже бывают ошибки в диагнозе (Судаков, Дмитриев); двуполостную матку биман. исследованием диагносцировать невозможно.

Наш случай можно подвести под форму „б" с перегородкой в верхней трети матки без разделения влагалища. Наш случай, как и вообще случаи одноврем. беременности в обоих рогах двурогой матки, нужно отнести к довольно редким.

Теперь перейдем к описанию его. В гинек. отд. 12 сент. 1927 г. поступила б-ная К. 30 лет, с ордером для искусст. прерывания беременности по социальным показаниям. Сложение прав., питание удовлет., первые крови на 16 г., установились сразу, приходили через 3—4 нед. и продолжались 5—6 дней, без болей, необильные. Вышла замуж на 19 г., беременна была 2 раза, вторые роды двойнями. Женскими б-нями не болела. Последние менструации 5 нед. т. н. При биман. исследовании матка увеличена соответственно указан. сроку, в антефлексии, подвижна, без особых отклонений от нормы. Придатки—норма. 12/IX произведено выскабливание матки обычным способом, удалено плодное яицо с оболочками. Послеоперац. период протекал нормально, темпер. норма, кровотечения не отмечалось. На 3-й день б-ная была выписана в хорошем состоянии. Через 27 дней вновь обратилась в б-цу с жалобами

ЭР02129

на тошноту, изредка рвоту. При биман. исследовании диагносцируется беременность в два с половиною месяца. При тщат. исследовании отмечается довольно резкое увеличение лев. отдела матки и значит. отставание в росте прав. стороны. Предложено выскабливание матки. Предположит. диагноз: двуполостная матка.

При зондировании матки отмечается: зонд вправо проходит на шесть с полов. сант., при перемещении зонда в матке справа на лево определяется препятствие в верх. трети матки, ввиде перегородки; при новом зондировании резко влево, зонд продвигается до 10 сант., при проведении зонда слева на право встречается то же препятствие.— Диагноз: двуполостная матка с беременностью в лев. полости. Произведено выскабливание матки обычным способом, удален плод с оболочками из лев. полости. Прав. полость пуста. Послеоперац. период нормальный, на 3-й день б-ная выписалась в хорошем состоянии.

При первом выскабливании было удалено плодное яицо из прав. полости. Зондирование и послед. выскабливание в первый раз не обнаружило существования второго плода в левой полости матки, к-рый, несмотря на значительную трамву ввиде расширения шейки до 11 номера Хегара, последующего выскабливания и впрыскивания настойки иода в полость матки, продолжал благополучно развиваться.

Заканчивая описание нашего случая, мы на основании вышеизложенного можем сделать некот. практич. выводы:

1) Правильный диагноз двуполостной матки и тем более ранней беременности двойнями при биман. исследовании невозможен.

2) Расширение матки, выскабливание и впрыскивание настойки иода не обязательно влекут за собой прерывание беременности вообще и при беременности двумя плодами в двуполостных и двурогих матках в частности.

3) Плодоизгнание выскабливанием при ранней беременности не всегда достигает желаемой цели.

4) Наиболее подходящим сроком для прерывания беременности нужно считать 40—45 дней от конца послед. минструации.

5) Приступать к прерыванию беременности нужно тогда, когда имеются все признаки физиолог. беременности.

Литература: Проф. Н. М. Какушкин. „Эмбриология женс. полов. органов“. Проф. Судаков. „Пороки развития женс. полов. органов“. Проф. Кюстнер. „Гинекология“. Проф. Шредер. „Акушерство“. Д-р Неверов. „Врач. газ“. 1927 г. стр. 201. Д-р Алаев. „Журн. акуш. и жен. б-ней. 1928 г. Д-р Бергал. Там же. 1928 г. Д-р Дмитриев. Там же. 1927 г. стр. 105. Проф. Гентер. „Акушерский семинарий“. Д-р Л. Я. Цейтлин. „Плодоизгнание при внемат. беременности“.

ЭР02129

Рефераты.

N. Seifert. Die Pylorusstenose der Säuglinge und ihre Behandlung. Zbl. f. Chir. 1928. № 41. Сообщается о результатах различных методов лечения. Из 34-х случаев 9 лечены консерват. и 25 операт. Консерват. лечение в б-ве случаев было безуспешно, из 9 умерло 7; из них—3 от вторич. гриппозной инфекции и 1 от отравления атропином после излечения пилоростеноза. Все опериров. по спос. Weber-Ramstedt'a излечены не смотря на то, что большая часть из них при операции были в оч. плохом состоянии. Успех операции зависит от последов. лечения по правилам педиатрии. При ясно ощупываемом утолщенном пилорусе нужно советовать операцию, т. к. она, будучи ранней, предохраняет от тяжелого стадия инаниции, а произведенная в начале его, значит. укорачивает этот стадий. Внутренне-диэтет. лечение подходит только для легких случаев, к-рые уже в первые 10—14 дней после начала лечения дают увеличение веса и позволяют распознать общее, ясное улучшение. *А. Озолинг.*

Pribram. Mukoklase und drainagelose. Gallenchirurgie. Zbl. f. Chir. 1928. № 40. Закрытие брюш. раны без дренажа после операции на желчных путях автор проводит принцип. во всех случаях даже тяжелых и осложненных, достигая хороших результатов путем тщат. перитонизации печеночного ложа желчного пузыря, культи ductus cystici и отказа от дренажа по Kehr'y, заменяя его холедоходуоденостомией. Автор говорит, что отхождения лигатуры ductus cystici и расхождения швов ductus choledochi опасаться не следует, если прикрыть их при перитонизации не одним слоем брюшины, а двумя или лучше тремя слоями; далее—перитонизация пузырного ложа достаточна только в том случае, если на нее употреблен весь брюшинный покров пузыря, и для получения его пузырь необходимо вылущать субсерозно; там-же где это невозможно автор применяет след. способ: проколом желчный пузырь опорожняется от жидкого содержимого и вскрывается по средине от fundus do cysticus, камни удаляются. Выделенный cysticus перерезается между двух лигатур. Слизистая пузыря пакэленом выжигается до серозной, пенетрирующие в печень абсцессы также выжигаются. Благодаря такой обработке от пузыря остаются два листка, к-рые свертываются к ложу пузыря и инвагинирующим брюшин. швом точно соединяются друг с другом. Такой способ обработки пузыря автор называет «мукоклазией». Далее автор указывает, что оперировать следует in situ, не вывихивая печени, т. к. тяга за диафрагму вызывает застой и следов. благоприятствует появлению пневмоний; тупая препаровка тканей заменяется разделением их ножницами. Самое большое внимание д. б. обращено на тщат. перитониз. В заключение автор дает свою статистику, 200 случаев операций на желч. путях, где брюш. рана была закрыта наглухо; желчные пути обрабатывались указанным выше способом. Ни одного смерт. случая не было. *А. Озолинг.*

ЭР02129

Реферированные протоколы заседаний О-ва врачей Юж.-Усс. края.

Заседание 10 марта 1928 г.

Присутствовало 20 ч-к. Порядок дня: 1) демонстрация б-ных; 2) др. Спасский—смета О-ва врачей на 1928 год; 3) д-р Спасский—проэкт соглашения с окрздравом о совместном издании журнала; 4) о закрытии Пастеровской станции; 5) текущие дела. Председат. д-р А. П. Остряков, секретарь д-р А. А. Лещинский.

Д-р Н. В. Жилов—демонстр. молодую женщину с atresia uteri.

Д-р С. С. Спасский—зачитывает постатейно проэкт сметы О-ва на 1928 год. Смета, сбалансированная с дефицитом в руб. 2.470, собранием утверждается.

Д-р С. С. Спасский—зачитывает проэкт соглашения с окрздравом о совместном издании журнала. Проэкт в целом принимается.

Заслушивается доклад председателя О-ва—д-ра А. П. Острякова—о дальнейшей работе Пастер. станции О-ва в связи с ее дефицитностью. Доклад вызывает оживленные прения. Собрание постановляет—в целях сохранения ценного и нужного для края учреждения (Паст. ст.), вступить в переговоры с окрздравом о возможности совместного (окрздрава и О-ва) владения Пастер. ст. и дальнейшей работы станции под объединенной вывеской окрздрава и О-ва. Ведение переговоров возлагается на Правление.

Зачитываются заявления д-ров Г. И. Бланкова и Н. А. Баронова о желании вступить в члены О-ва. Открытым голосованием оба принимаются в члены О-ва единогласно.

Научный кружок при врач. секции в Благовещенске.

В мае 1928 г. начал работать науч. кр. при врач. секции Амурского окр. отд. союза медиков.

Председателем бюро кружка избран Н. И. Старокотлицкий, секретарем В. И. Рухлядев.

В плане работ кружка намечено: 1) Заслушание докладов зав. от-ниями б-ниц и амбулаториями. 2) Демонстрация б-ных, казуистика. 3) Научная проработка анкет освидетельствований молодежи, рабочих на производстве и проч., а также работа по профилак. и профвредностям. 4) Изучение б-зней в связи с особенностями края (алкоголизм, наркомания, зоб, манчж. гастрит и др.). 5) Изучение путей распространения инфекц. б-зней в округе и крае в связи с мест. особенностями (переселение, пригран. расположение) и др. вопросы.

Протокол № 9.

собрания научного кружка при врач. секции г. Благовещенска 25 мая 1928 г.

Присутствуют: врачей 38, воен. врачей и гостей 15; председатель, он же секретарь—Рухлядев.

I. Слушали: доклад зав. психиат. отдел. д-ра Старокотлицкого о рабете отд. в 1927 г.

ЭР02129

Сред. заболеваемость псих. б-нями по СССР. 3 на 1000 населения. Из этих трех, один нуждается в призрении в псих. б-цах. Нехватка коеек по СССР. огромна: иместо 120.000 к. имеется около 20.000. Наше Амурское псих. отд. с его штат. 40 койками может призреть лишь $^1/_8$ всех нуждающихся. В псих. отд. б-ных сверх штата в сред. до 175—200%. Вследствие скученности и недостатка коек приходится выписывать б-ных не вполне выздоровев. и пропускать через отд. за год кол-тво, превышающее штат. норму в 4—5 раз и сбавлять пребывание б-ного в среднем с 200—300 дн. нормы—до 100—90 дн. За 1927 г. в псих. отд. призревалось: 266 б-ных. Из др. округов было 7 б-ных, застрахов. 32, рабочих 33, служащих 22 и пр. 89.

Обслуживающий персонал: 1 зав. отдел., 1 ор-тор (с 1927 г.),1 ф-р, 1 медиц. сестра и 18 санит. (10 муж. и 8 жен.). Штат по квалификации, сравнит. с прош. годами,—удовлетв.

Приводит яркие примеры нерациональности и вреда ранней выписки псих. б-ных. Имеются сведения о содержании псих. б-ных по округу в запертых изоляторах и даже на цепи. Отмечает недостаток белья для б-ных, обуви. Поэтому сокращения прогулок. Отсутствие капит. ремонта в теч. ряда лет.

Излечились от душ. б-ней 9%; выписались с улучшением в смысле безопас. для окружающих в бытовой обстановке 35%. Смертность за посл. годы от 7 до 13% от основной б-зни, случ. инфекции протекают благопр. Цынги нет со времени введения обильного подкармливания овощами.

Нападений на персонал не было. Вследствие недостатка персонала приходится пользоваться изредка изоляторами, что ненормально. Профилак. роль психотд. на Амуре вследствие загруженности и выписки недолеченных,—недействительна. Диспансеризация, проводимая по СССР. лишь в Москве,—у нас невыполнима. Патронаж, в наших специф. условиях жизни на границе,—едва-ли выполним.

Лучший выход из положения,—постройка колонии для душ. б-ных оказался лопнувшим предприятием, где к тому же использовывали б-ных как рабочую силу и плохо кормили. Несмотря на этот короткий неудавшийся опыт—некот. б-ные из колонии выздоровели.

Амбулаторно освидетельствовано 245 психо-невротиков, эпилептиков и др. Докладчик считает, что по отнош. к некот. психоневротикам, особенно гастрол. из др. мест союза, необходимо применять принудит. лечение.

В отношении заболевания детей—указывает на опасное совместное призрение с взрослыми, на необходимость открытия домов для дефект. детей и как на одну из причин забол. детей наркоманиями и друг.—отсутствие воздействия семьи на воспитание детей.

Из отдел. видов заболев. останавливается на раннем слабоумии (до 25%), указывая на неточ. диагностики этого отдела и труда выделения из них сифилиса, вследствие ненадежности р. Вассермана.

Невролуэс (по СССР—свыше 10%) у нас не превышает 9%, по-

ЭР02129

видимому в связи с зажит. и лучш. быт. условиями. Характерно для послед. десятилетия укорочение бредовых явлений в начале прогрес. паралича. Лечение специф.—довольно успешно, малярией и возврат. тифом не проводилось из-за отсутствия прививн. материала.

Эпилепсия повысилась до 9—10% (в СССР 3—4%) в зависимости от алкоголизма. Останавливается на прекрасном действии 5% раст. буры при эпилепсии.

Псих. заболев. на почве алкоголизма на Амуре колос. распространены. Таких б-ных до 30% против 4—16% по СССР. Колебания псих. забол. алкоголиков заметно идут парал. потреблению недоброкач. суррогатов очищеной водки (хана, самогон и пр.) Возможная замена алкоголя др. способами отравления среди русск. населения у нас не привилась (морфий, опий, кокаин и др.). Китайцы—морфинисты, русские—алкоголики. Женщин алкоголиков несрав. меньше мужчин.

Докладчик обращает внимание на тенденцию «омоложения» душ. б-ней. Раньше они начинались в сред. после 30 лет. В послед. десятилетия—даже с детства.

В вопросах и прениях по докладу выступают: Рухлядев, Ханов, Горючкин, Зензинов, Лниос и др. Постановили: 1) В Ам. окр. фактич. призревается около 80 псих. б-ных, т. е. лишь $^1/_8$ всех нуждающихся в псих. призрении. 2) 40 шт. коек на Ам. окр. является крайне недостаточным и, кроме расширения психотдел.,—необходимо принять меры к устройству колонии для душ. б-ных. 3) Крайняя стесненность мест. средств на содержание псих. отд. лишает возможности поставить отд. в уровень с науч. требованиями. Крайнее переполнение отд-ния, недостаток персонала,—является причиной на столько низкой постановки дела призрения и лечения, что отд-ние перестает быть лечебным и выполняет более функции изоляции. 4) Призрение малолетних среди взрослых является недопустимым и опасным для детей. Прогрес. развитие дет. преступности делает настоят. необходимым призрение дефект. детей в особых учреждениях 5) Все возрастающее развитие алкоголизма выдвигает вопрос об учреждении спец. наркологич. амбулатории и прием. покоя с некот. кол-вом коек. 6) Осуществление патронажного призрения в условиях Ам. окр. с его широким развитием контрабандизма и алкоголизма в ближайших к Благовещенску селениях является недостаточным и мало пригодным. 7) Психоневрол. диспансеризация, ввиду недостатка средств и квалифиц. персонала, является для Ам. окр. недоступной, хотя и весьма желательной. 8) Психоневропаты и психопаты, оставаясь на свободе и базируясь на свою безответственность по болез. состоянию,—часто являются источником тяжелых разрушит. эксцессов. Местное количество их увеличивается гастролерами извне. Администт. органам, как здравоохранения, так и общего управления, необходимо выработать и принять соответ. меры, предупреж. или уменьшающие преступ. проявления со стороны психоневропатов.

II. Слушали: О представлении окр. отд. союза одного места для врачей в доме отдыха имени Мухина с 1 по 13 июня. Секретарь

ЭР02129

предлагает подавать заявления желающим использовать очередной отпуск в доме отдыха. Постановили: Принять к сведению.

III. Слушали: О работе врачей в «неделю о здоровой смене». Шк.-сан. врач Концова докладывает план проведения недели.

Постановили: Выделить для санработы врачей: Кантер, Рухлядева, Зензинова, Металлову, Уцеховскую и для санпросветработы: Чайко, Дубицкого, Эсманского, Ханова, Соловьеву, Шейнтаум, Ермолаеву, Штейнбок.

IV. Слушали: Протокол № 1 Бюро науч. кружка с распределением обязанностей и планом работ.

Постановили: Утвердить.

V. Слушали: Протокол заседания БВС 18 мая и информцию от секретаря о продолжающемся печатани в прессе заметок на врачей, непроверенных окрздравом.

Постановили: На ближайшем заседании БВС вновь поднять этот вопрос совместно с представителем «Ам. правды».

НЕКРОЛОГ.

11 июля во Владивостоке скончался д-р Сергей Васильевич Кожевников, родившийся в 1863 и окончивший В.-мед. ак. в 1889 г. Проведя 6 первых лет своей воен. службы в Туркестане, С. В. был переведен на Д. В., где и провел свою остальную жизнь, покинув пределы нашего края только в 1914 г., когда он был командирован на фронт империал. войны.

Возвратившись в 1917 г. во Владивосток, д-р Кожевников ушел с воен. службы и занял место заведыв. санит.-мед. отделом гор. управы. Расстроившееся здоровье не позволило ему долго занимать это место и к 1921 г. С. В. удаляется на покой.

Где бы он не работал, в какой бы обстановке не находился — он неизменно оставался спокойным, хладнокровным работником, никогда не терявшим свойственного ему добродушного юмора. В тяжелой фронт. обстановке он всегда умел ободрить обращавшегося к нему млад. товарища, во время мирной работы — умел находить выход из самого затруднит. положения.

Отсутствие в С. В. бюрократ. бездушья, столь свойственного многим из воен. врачей тогдаш. времени, его организат. способности и эрудиция выгодно выделяли его из толпы воен.-санит. чиновников; в нем виден был ч-к с живой душой, ч-к живого дела, всегда ставивший это дело выше формальностей. Большой знаток Д.-В. края, исходивший его вдоль и поперек, С. В. оставил о себе светлую память не только у своих бывших сослуживцев, но и у тех многочис. пациентов, к-рым он никогда не отказывал в безкорыстной помощи. *А-р.*

Издатель — О-во врачей Южно-Уссурийского края.
Редакторы д-р **А. П. Остряков** и д-р **С. С. Спасский.**

ЭР02129

ДВГНБ

ЭР02129

МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ УЗБЕКИСТАНА

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА на 1928—1929 год (с октября 1928 по октябрь 1929 г.)—5 руб. Цена отдельного номера 75 коп. Адрес редакции: Ташкент, ул. Кафаяова, 81, Краевой Бактериолог. Институт.

„ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ"

сборник монографий по внутренней медицине и пограничным областям. Цена по предварительной подписке каждый том—6 руб., в переплете—8 руб. Справки и требования направлять в издательст. «Научная мысль» Харьков, Пушкинская, 14.

„РУССКИЙ ВЕСТНИК ДЕРМАТОЛОГИИ"

ежемесячный журнал под редак. профес.: В. В. Иванова, А. П. Иордана и Г. И. Мещерского. Подписная цена на 1929 г. 15 руб. с доставкой и пересылкой. Адрес секретаря журнала доктора К. М. Ижевского: Москва, 2, Новинский бульвар. Панфиловский пр. дом 5. кв. 4.

„ЖУРНАЛ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ"

(VI год издания. **Подписная цена:** на год с перес. **10 р.**, на 6 мес. **6 р.** ЛЕНИНГРАД, КИРОЧНАЯ 41.

„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА"

выходит ежемесячно под редакц. проф. М. В. Черноруцкого. Приложение: Медицинский Календарь на 1929 г., из 3 частей. Подписная цена—на год 20 р.

«ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА»

с ежемес. прилож. «Клинические монографии» по разным отделам медицины. Подписная цена: на год—10 р., на 1/2 года—6 руб.

„ЖУРНАЛ АКУШЕРСТВА — — — — и ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ".

Выходит 1 раз в 2 месяца. Подписная цена: на год—**10** р.

„НАУЧНЫЕ КУРСЫ для усовершенствования врачей".

12 вып. в год. Каждый выпуск представляет собой годовой обзор какого-либо отдела медицины. Подписная цена: на год—8 р.,

„Микробиологический Журнал"

Выходит 1 раз в 2 месяца. Подписная цена: на год—**12 р.**

Деньги направлять: Ленинград, ул. Мира. 12-я. Бактер. Институт, им. Пастера.

ЖУРНАЛ ПО ИЗУЧЕНИЮ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Журнал будет иметь в 1929 г. 9 выпусков.

Подписная плата с пересылкой: на год—10 р., на 1-е полугодие (5 №№)—6 р., на 2-е полугодие (4 №№) 5 р., за границу—6 долл. Деньги направлять изд-ву **„Охрана материнства и младенчества"** Москва, М. Черкасский пер., д. 2/6. Редакция: Москва, Солянка, 12.

Ежемесячный научно-популярный журнал для акушерок и сестер-воспитательниц

«ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА»

под редакцией В. П. ЛЕБЕДЕВОЙ.

Подписная плата с перес.: на год—3 р., на 1/2 года—1 р. 65 к., заграницу 2 1/2 дол. Отд. номер —30 к. Адрес редакции: Москва, М. Черкасский пер., д. 2/6. Изд-во **„Охрана материнства и младенчества".**

„ЖУРНАЛ УШНЫХ, НОСОВЫХ И ГОРЛОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ"

(V год издания).

Под редакцией проф С. М. Компанейца.

Подписная плата на год (6 №№)—10 р., на 1/2 года 5 р. 50 к., Цена отд. №—2 р. без пересылки. Деньги направлять: 1) Днепропетровск, Проспект № 17, проф. С. М. Компанейцу. 2) Харьков, Пушкинская 14. Издательство «Научная Мысль».

СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ

(Год издания 3-й).

Под редакцией проф. В. М. Гаккебуша (Киев) и проф. Б. Н. Маньковского (Киев).

ЦЕНА по подписке на год 12 руб., на полгода 6 руб., отд. номер 1 р. 50 к., двойной 2 руб.; заграницу —7 долларов.

АДРЕС РЕДАКЦИИ: Киев, ул. Гершуни (б. Столыпинская) № 15, кв. 8, проф. В. М. ГАККЕБУШ.

Подписываться на все медицинские издания можно через О-во врачей Юж.-Усс. края.

ЭР02129