

сечено грыжевое кольцо (наружное отверстие пахового канала). Из грыжевого мешка извлечен свободный отросток длиной и шириной с указательный палец взрослого, отходящий от свободного края тонкой кишки. Место отхождения его от кишки расположено на 25—30 см выше Баугиньевой заслонки. У основания отростка странгуляционная борозда, резко выраженная венозная гиперемия стенки с точечными кровоизлияниями в области странгуляционной борозды. Петля кишки, извлеченная потягиванием за отросток, — нормальна. Произведена резекция отростка (дивертикул Мескел'я) у основания его, с последующим ушиванием стенки кишки в поперечном направлении двухэтажным швом. Паховый канал ушит по способу Жирара в модификации Кимбаровского. Послеоперационный период прошел без осложнений; больной выписался на 9-й день.

Интерес описываемого случая в следующем: 1) редкость изолированного ущемления дивертикула Мескел'я в паховой грыже; 2) особенная от грыжи клиническая картина ущемления дивертикула Мескел'я в смысле сглаженности симптомов.

Из здравобъединения судоремонтного завода им. Молотова Горьковского края (начальник д-р А. П. Семериков).

### Благоприятное влияние малярии при неразрешающемся воспалении легких.

А. С. Громов.

Малярия, присоединяясь к тому или иному заболеванию, накладывает на него своеобразный отпечаток. Так, известно, что если больной туберкулезом заболевает еще и малярией, то легочный процесс будет протекать тяжелее. Иногда бывает и наоборот: долго длящаяся малярия, приводящая к кахексии, заканчивается туберкулезом. Далее известно, что целый ряд болезней, например, тиф, воспаление легких и др., осложненные присоединившейся малярией, протекают тяжелее.

По вопросу о влиянии малярии на затянувшуюся, неразрешающуюся пневмонию мы не встречали ни одной статьи, поэтому, несмотря на малочисленность нашего материала, нам хочется поделиться с читателями своими наблюдениями.

1. Кор. В. И., 24 лет, рабочий, ист. б. № 110. Заболевание началось 26/1 1935 г. Утром появился озноб, затем жар и головная боль, с чем и поступил в больницу 27/1 1935 г. Раньше болел тифом и малярией. Объективно: Дыхание затруднено. Общее состояние тяжелое. Сердце: тоны чистые, сокращения часты, ритмичны. Легкие: тупости не отмечается, слева и справа жесткое дыхание и хрипы. Кашель сухой.

Течение болезни: 27/1 темп. 39,7°, боль при дыхании, кашель, головная боль, 28 и 29/1: температура все время постоянная, в пределах 39—40°, 30/1 в левом боку появилась тупость. Дыхание бронхиальное. Язык обложен. Лечение: камфора, банки и отхаркивающие. 4/II процесс без изменений. Тупость еще больше. Язык сух. Температура все время 39,7—40,0°.

Рентген дал следующую картину: „Затемнение всего левого легкого, за исключением нижнего краешка; частичное затемнение правого легкого“.

5/II температура 38,7—38,9°. Ночью бредил. Откашливается плохо. 6/II темп. 38,2—38,6°. 7/II то же. По всем легочным полям хрипы. Ночью потел. 8/II утром темп. 37,7°, но состояние тяжелое: цианоз, одышка. Больной всю ночь бредил, пытался бежать. 9/II темп. 38,0—38,5°. Потел. Бронхиальное дыхание и в правом

легком. 11/III утром темп. 36,9°. В легких много влажных хрипов. Все следующие дни температура держится в пределах 36,9—37,7°. 15/III утром темп. 37,0°, вечером—38,1°.

Следующие дни температура держится в пределах от 36,4 до 37,5°. Процесс не рассасывается. 18/III назначены инъекции молока. Инъекции делались через день, три раза. Температура оставалась в пределах 36,4—37,5°. Тупость не уменьшалась. Сон плохой. 2 марта температура 36,0—37,4°, стул нормальный, аппетит удовлетворительный. Жалобы на головокружение. Процесс не разрешается. 8/III темп. 36,6—38,0°, тупость в левом легком меньше, есть хрипы—больше в верхних долях. 12/III темп. 37,0—36,5°, болей при дыхании нет, кашля нет, слабость, потение, стул норм. 18/III утром темп. 36,8°, вечером снова скачок температуры до 38,6°, больной вторично назначен на рентген. 19/III, на 51-ый день болезни, найдено: „Затемнение левого легкого, главным образом, нижней доли. Справа—норма“ 20/III тем.—37,0°. Кашля нет, боли нет.

По заявлению больного, он себя чувствует хорошо. 23/III темп. 36,7—37,0°. Снова начала протениотерапия. 27/III темп. 36,5—38,0°, больной потеет, слабость. Ничего не откашливается, хотя все время даются отхаркивающие. 30/III темп. 37,1—37,3°. По словам больного, ночью у него был озноб. 1/IV утром темп. 39,0°, вечером 38,0°. Ночью снова был озноб. Вверху над областью сердца и влево тупость в тех же границах, как было отмечено при рентгеноскопии. 2/IV в крови обнаружены *Pl. vivax*. Вечером приступ с темп. 40°. Назначен хинин. 3/IV темп. 37,5—36,3°. Ночью был приступ. Хининная терапия продолжается. 4/IV темп. 36,7—36,1°. Больше приступов не было. Температура все время оставалась в пределах нормы. 7/IV темп. 36,2—36,5°. Аппетит хороший, болей в боку нет. Самочувствие удовлетворительное. 8/IV тупость меньше, темп. 36,2—36,7°. Слабость. Принимает хинин и осарсол. 10/IV темп. 36,5—36,2°. Жалоб нет. Тупости нет. 12/IV больной выписан в хорошем состоянии. После этого больной неоднократно обращался в амбулаторию, причем никаких явлений в легких не было.

2. Больная Куз. П. Я., 16 лет, колхозница, ист. б. № 428. Поступила в больницу 25/IV 1935 г. с жалобами на жар, кашель и головную боль. Заболевание началось 19/IV.

Объективно: Девушка нормального телосложения и развития. Сердце—N. Легкие: на всем протяжении, но больше справа, музыкальные и среднепузырчатые хрипы. Аппетит отсутствует, стул нормальный.

Течение болезни: 26/IV температура 36,0—37,2°. Кашель сухой, боль в груди. Назначены банки, круговой компресс и отхаркивающие. 27/IV темп. 38,8—37,8°, язык обложен. Понос. 28/IV темп. 38,3—37,9°. В правом легком сзади притупление нижней доли, бронхиальное дыхание и крепитация. 29/IV темп. 37,4—37,3°. Кашель, мокроты мало, боль в боку. 3/V темп. 36,8—37,5°. Притупление справа сзади. Местами шум трения плевры. Направлена на рентген. Заключение рентгенолога на 13-ый день болезни: „Низкое стояние диафрагмы. Нижняя доля правого легкого затемнена равномерно. Слева—легочные поля чистые. Сердце норма, тип височий“. 4/V темп. 36,5—36°. Самочувствие удовлетворительное. 5/V темп. 36,0—36,5°. Кашель меньше, стул 3 раза. 7/V темп. 36,6—38,9°. 8/IV темп. 39,0—40,0°. Всю ночь мучил кашель, сон плохой. Бред. Боль в груди. 9/V темп. 37,5—40,5°. Кашель не проходит. 10/V темп. 36,5—36,4°, вечером был озноб, ночью пот. В крови обнаружен *Pl. vivax*. Назначен хинин по 0,3 пять раз в день. 12/V темп. 36,5—36,9°. Ночью потела. Кашель меньше. Понос не уменьшается. 13/V темп. 36,0—37,0°. Приступов малярии нет. Кашель незначительный. 15 и 16/V температура нормальная, боли в боку меньше. 17/V темп. 36,2°. Кашля нет. Болей нет. Выписана в хорошем состоянии.

Из этих историй болезни мы видим, что в первом случае процесс в легких не разрешался больше 50 дней. Когда же на 61-ый день болезни появились выраженные признаки малярии, то процесс быстро пошел на выздоровление и через 12 дней больной выписался в хорошем состоянии.

Во втором случае процесс тянется больше чем полмесяца, но после того, как появилась симптомы малярии и температура поднялась до 40,0° и выше, болезнь быстро ликвидировалась.

Нельзя ли из этих наблюдений сделать вывод, что малярия при затянувшейся плевропневмонии оказывает такое же благоприятное действие,

какое мы наблюдаем при лечении ею прогрессивного паралича и табетиков. Вопрос этот серьезный и требует углубленного изучения. Вполне возможно, что это простое совпадение, редкая счастливая случайность. С другой стороны, если эти наблюдения подтвердятся, это представит интерес для решения вопроса о лечении затяжных плевропневмоний.

---

Из инст-та физ. мет. лечения—Тбилиси (Тифлис) (директор  
доц. М. О. Зандукели).

## Лампа Соллюкс в лечении свежих травм.

(Предварительное сообщение).

**С. И. Андреева.**

Наше сообщение касается вопроса, к которому мы хотели бы привлечь внимание врачебной общественности и страховых органов, ибо рекомендуемый нами метод создает для нашей страны значительную экономию—как в смысле сокращения срока лечения и, следовательно, сохранения рабочей силы, так и в расходовании средств по соцстраху.

Еще в 1774 г. Фор рекомендовал лечить солнцем открытые язвы. В 1931 г. Лемарье собрала 5000 случаев ранений и ожогов, леченных лучистой энергией: солнцем, кварцем, световыми и инфракрасными лучами, причем это лечение применялось не только в случаях чистых ран, но и инфицированных, даже при лимфангоитах.

За последнее время все чаще и чаще в специальной прессе поднимается вопрос об открытом лечении ран. В нашей работе мы касаемся этой же стороны вопроса.

Лампа Соллюкс общеизвестна. Действие ее сводится к активной гиперемии, улучшению кровообращения, повышению жизнеспособности тканей, увеличению фагоцитоза,—что способствует рассасыванию экссудатов и инфильтратов. Известно и ее болеутоляющее действие. По Шеглову Соллюкс дает значительные колебания кислотно-щелочного равновесия.

В наших случаях облучения лампой Соллюкс свежих травм мы должны отнести показательный подчас эффект лечения именно за счет сильно аналгезирующего действия такого облучения.

Не могу не выделить несколько особенно ярких случаев.

1. Артистка Т. С-а, 18 л., упала во время репетиции в открытый люк. Сильно ударила копчик, едва не потеряв сознания от боли. На руках ее принесли в кабинет через  $\frac{1}{4}$  ч. после падения. Немедленно был проделан сеанс облучения, и через 10 минут С-а, улыбаясь, сама сошла с кушетки, а на следующий день уже вновь была на сцене.

2. Н. Ф-ко, 23 лет, танцую, подвернула левую ногу. На следующее утро, сильно хромя, с палочкой пришла в институт. В области наружной лодыжки у нее имелась припухлость, резко болезненная, с некоторой ограниченностью движений в суставе. Назначен Соллюкс дважды в день. Боль сразу прошла, а через 2 дня больная вновь танцевала.