

Из физиотерапевтического отделения (завед. отд. д-р М. М. Верден) Турухтанной поликлиники (начальник поликлиники д-р Ф. А. Мирровский).

Случай пареза мягкого неба, голосовых связок и мышц глотки, леченный ионофорезом кальция.

М. М. Верден (Ленинград).

Экспериментальными работами Сеченовского института установлено, что при ионофорезе кальция можно искусственно при помощи даже слабого тока обогащать кальцием мышцы. Дальнейшие наблюдения показали, что кроме внедрения ионов кальция с помощью тока извне происходит и перераспределение собственных ионов кальция тканей (Певзнер, Блохиц), при этом новая ионная конъюнктура возбуждает нервные окончания в тканях и вызывает, по Щербаку, так называемый генерализованный рефлекс вегетативного характера, который может быть вызван с любого участка тела и которому принадлежит целебное влияние. Еще более поздними исследованиями Щербака установлено, что ионофорез кальция рефлекторным путем возбуждает регулирующие функции парашитовидного аппарата и действует аналогично гормону парашитовидной железы. Необходимо помнить ту роль, которую в настоящее время приписывают вегетативной системе, как фактору, влияющему на все виды обмена веществ. Воздействуя на вегетативную нервную систему, можно вмешиваться в борьбу организма с болезненными процессами (Ратнер)

Та неразрывная связь, которая в настоящее время совершенно точно установлена между симпатической нервной системой и гормональной, приводит к некоторому пониманию сложнейших взаимоотношений между ними, на основе чего описываемый мною случай представляет интерес.

Привожу историю болезни.

Больной Т., 38 лет, холост, курит до 25 папирос в день. Изредка выпивает. Заболевание отрицает. Отец и мать умерли от туберкулеза легких, 5 братьев умерли (от чего не знает), 2 сестры здоровы. Физическим трудом стал заниматься с 9 лет.

В сентябре 1935 г. почувствовал затруднение речи и слабый голос. Лечился амбулаторно у отоляринголога под диагнозом острый ларингит. С ноября 1936 г. во время еды жидкая пища стала вытекать из носа, б-ной не мог глотать, и только при закидывании головы назад пища механически поступала в пищевод. С момента заболевания больной был осмотрен терапевтом, фтизиатром, венерологом и отолярингологом. 21/XII 1935 г. было обнаружено: гипертрофия левой истинной и ложной связок. Левая ложная связка закрывает истинную. 5/I 36 г. RW и Кана отрицательные. 24/I 36 г. рентгенограмма показала эмфизему легких, в остальном — норму. 6/V 36 г. исследование мочи — норма. 21/V 36 г. взята слюва из зева, язычка, дужек и миндаликков для исследования на палочки Löffler'a, каковых не обнаружено. Обнаружены стафило-

жочки. 25/V 36 г. больной снова почувствовал себя хуже, t $37,2^{\circ}\text{C}$, изъязвление слизистой гортани и глотки, был направлен к венерологу. 28/V 36 г. RW и Кана вновь дали отрицательный результат. С 19/1 37 г. больной прислан на физиотерапевтическое лечение с парезом мягкого неба, связок и мышц глотки; ему был назначен ионофорез кальция, в виде воротника. Сеанс длился 20 минут ежедневно. Сила тока 20—25 мА. После каждого сеанса электризации наблюдалась ярко выраженная реакция, которая распространялась от подбородка по всей шее, до нижних углов лопаток сзади и до мечевидного отростка спереди. После 11 сеансов у больного появился нормальный голос, позже 6-ной стал хорошо кушать, исчезли все неприятные ощущения.

Поступила 1/VII 1937.

Ленинград, 40, Лиговский пер., 4, кв. 28.

Из хирург. отд. 6-й сов. больницы (зав. доц. А. В. Габай) г. Б. Запорожье.

Ж казуистике параличей верхней конечности, возникающих в результате наложения жгута по Эсмарху.

А. И. Старостенко.

Случай 1-й. К-ко, Н. Я., 32 лет, 14/XI 1936 г., поступил в хирургическое отделение 6-й сов. больницы по поводу обострившегося хронического остеомиелита правой плечевой кости, сопровождающегося небольшими повышениями температуры. Перенес малярию и в детстве воспаление почек. В 1923 г. заболел острым остеомиелитом правой плечевой кости; с 1933 г. периодические обострения. Status praesens: больной правильного телосложения, умеренного питания. Сердце и легкие норма. В органах брюшной полости изменений не отмечено. На коже верхней трети правого плеча с передне-внутренней стороны имеются два рубца, спаянных с подлежащими тканями. Мышцы правого плеча атрофичны. В нижней трети правой плечевой кости определяется диффузное утолщение, болезненное при ощупывании, расширяющееся к дистальному эпифизу. Рентгенографически определяются очаги разрежения костного вещества в нижней части диафиза и утолщение его за счет периостальных наслоений.

16.XI под общим эфирным наркозом, после наложения жгута, на верхнюю треть правого плеча произведен продольный разрез в 8 см по наружно-задней поверхности правого плеча. При разрезывании мышц обнаружен лучевой нерв, тулым крючком отодвинут наружу. Долотом снята утолщенная, склерозированная кость, и на месте костномозгового канала вскрыта полость, наполненная гноем. Операция длилась 25 минут. Из гноя высеян стафилококк и грамположительная палочка.

На следующий день обнаружен паралич лучевого, локтевого и срединного нервов правой руки с понижением болевой и тактильной чувствительности всей кисти. Через 7 дней чувствительность восстановилась, через 9 дней появились движения в локтевом суставе. Через 35 дней больной был выписан с восстановившимися движениями в локтевом суставе и слабыми движениями пальцев кисти. Операционная рана зажила первичным натяжением. В больнице лечился гимнастикой, массажем и электризацией. Продолжал лечиться амбулаторно в электролечебнице, причем движения довольно быстро стали восстанавливаться и через 4 месяца после операции восстановились вполне. Отмечает только некоторую физическую слабость правой кисти.

Случай 2-й. Н-ко, 22 лет, 28/II 1937 г. обратилась в 3-й единый диспансер г. Запорожья для удаления иглы, попавшей в область ладонной поверхности кисти