

у нетуберкулезных свинок „воспламенение“ старых туберкулиновых проб последующим введением коливакцины. Зельтер и Танкре наблюдали оживление старых коли-реакций у туберкулезных больных инъекциями туберкулина. Бордэ наблюдал такие же явления у туберкулезных животных, а также обратные явления, то-есть оживление туберкулиновых проб от введения коливакцины.

Работами Зельтера и Танкре доказано, что введение коливакцины вызывает образование туберкулоидной ткани у здоровых животных.

Наши данные о туберкулиновых реакциях, проведенных параллельно с реакциями на разные бактериальные фильтраты, говорят о том, что туберкулиновая реакция повидимому не строго специфична. Мы получаем у некоторых туберкулезных больных положительную реакцию не только на туберкулин, но и на другие бактериальные фильтраты: фильтрат кишечной палочки и палочки Фридендера. Правда, по характеру реакция на туберкулин отличается от реакций на другие фильтраты.

Выводы: 1. Туберкулезный организм проявляет пониженную кожную реактивность, по сравнению со здоровым, к фильтратам стафилококка, стрептококка и палочки Пфейфера, в связи с чем можно думать об ином течении инфекций, вызываемых этими микробами у тбк больных.

2. Туберкулезный организм наряду со специфической чувствительностью к туберкулину проявляет иногда и неспецифическую повышенную избирательную чувствительность в отношении фильтратов кишечной палочки и палочки Фридендера.

3. Туберкулиновая реакция является *относительно* специфической.

Поступила 28/VII 1937.

Киев.

Из пропедевтической хирургической клиники Казанского государственного медицинского института (дир. проф. Герцберг).

К вопросу об анестезирующем средстве дикаине.

А. И. Масловская.

В ноябре 1936 года Научно-исследов. химико-фармац. институт им. Серго Орджоникидзе предложил нашей клинике испытать действие анестезирующего вещества дикаина на клиническом материале.

Дикаин является дериватом новокаина и аналогичен заграничному препарату „пантокаин“ (препарат 2953). Дикаин—белый

кристаллический порошок, без запаха, горького вкуса; по химическому составу он представляет солянокислый-пара-бутилодиметил-амино-этанол, т. е. это новокаин, в котором группа диэтил-амино заменена группой диметил-амино, кроме того к амино-группе присоединен бутильный остаток.

Дикаин хорошо растворим в воде, стоек к стерилизации кипячением, не раздражает тканей (кроме случаев, наблюдававшихся в офтальмологии при смазывании конъюнктивы).

В присутствии соды дикаин разлагается. Токсичность его на мышах и лягушках в 2 раза выше токсичности кокаина, но в разведении 1:1000 и 1:2000 относительная токсичность незначительная. Действие дикаина сильнее новокаина в 10 раз. Работы относительно применения пантокаина в различных областях медицины появились с 1930 года. Эрнст, Шмидт, Боде, Кисс, Флоркен, Шюлайн, Райбле и др. приводят значительное число наблюдений с пантокаином.

Кисс приводит материал в 507 стационарных и 161 амбулаторных операций: резекции желудка, операции зоба, на желчных путях, на уретре, сосудах, трепанации и др.

Пантокаин применялся для разных методов анестезии в разведении 1:1000 и 1:2000 в количестве от 50 до 300 см³.

Если при применении новокаина в качестве анестезирующего вещества в литературе отмечается до 30 случаев смерти, то при применении пантокаина-дикаина отыскать смертных случаев нам не удалось. Такие осложнения, как головные боли, параличи и парезы, коллапс с падением кровяного давления, отмечены Боде, Кисс и др. лишь при спинномозговой анестезии пантокаином. О дикаине уже имеются печатные сообщения офтальмологов и оториноларингологов, которые применяли дикаин преимущественно для поверхностной анестезии.

В пропедевтической хирургической клинике КГМИ дикаин применялся в качестве анестезирующего средства при инфильтрационной, регионарной анестезии по Брауну при 119 операциях. 1,0 дикаина высыпается в 1000 см³ физиологического раствора, кипятится 1—2 минуты. К остывающему раствору добавлялся в 66 случаях адреналин из расчета 1—2 капли на 100 см³ раствора дикаина; в 53 случаях адреналин не добавлялся. Анестезия наступает через 10—12 минут.

Под анестезией дикаином выполнены следующие операции: грыжи 33 сл; раствора ушло 60—100 см³ на каждую операцию; аппендициты—21 сл; раствора по 40—110 см³ на операцию; водянка яичка—11 сл; раствора по 24—90 см³ на операцию; рак нижней губы—4 сл.; раствора 80—110 см³; расширение геморр. вен—6 сл.; раствора ушло 34—105 см³; расширение вен голени—2 сл.; раствора по 45—60 см³; лапаротомии—2 сл.; раствора ушло по 110 см³; гастроэнтеростомий—3 сл.; раствора по 120—150 см³ и другие операции 27 сл.

Как мы уже указали, адреналин добавлялся не во всех случаях, т. к. в литературе имеются указания на более сильное сосудосуживающее свойство дикаина, по сравнению с новокаином,

и 2 случая гематомы после грыжесечения мы склонны объяснить этим обстоятельством. Добавление адреналина удлиняет время анестезии от 2 до 7 часов; без прибавления адреналина анестезия продолжается от 1½ до 3 часов.

В 2 случаях (геморрой, аппендицит) анестезия не наступила, что мы относим на погрешность в приготовлении раствора дикаина. В послеоперационном течении почти не наблюдалось местных болей (особенно при прибавлении адреналина). Рвоту не отмечали ни разу, головные боли отмечались 2 раза, пневмонии послеоперационные—3 раза. Мы имели случай (пробная лапаротомия) где было введено 175 см³ раствора дикаина 1:1000 без каких-либо осложнений. В 2 случаях операции по поводу аппендицита имелись боли в правой нижней конечности типа неврита.

Случай 1. Ист. бол. № 249. Больная Н., 20 лет, поступила и оперирована по поводу хронического аппендицита. Через 2 недели после операции стреляющие боли по всей правой нижней конечности; невропатологом установлена невралгия n. ischiadici

Случай 2. Больная В., 19 лет, оперирована по поводу аппендицита с раствором дикаина 1:1000 с адреналином, анестезия по Брауну. Через 2 недели появились боли в правой нижней конечности, держались 3—4 недели и исчезли после физиотерапевтического лечения.

Оба случая наблюдались при применении первой пробной порции дикаина, полученной нами из Хим. фармац. ин-та. При испытании 2 других порций осложнений мы не наблюдали.

Анализируя литературные данные о пантокаине-дикаине и наблюдения, проведенные нами на сравнительно небольшом материале в нашей клинике, мы позволим себе сделать следующие выводы:

1. Новое анестезирующее средство дикаин отвечает главным требованиям анестезирующего вещества: а) слабая токсичность и сильное местное элективное действие: в) отсутствие местного повреждения тканей и раздражения (за исключением указанных в офтальмологии гиперемии конъюнктивы при поверхностном смазывании); г) стойкость препарата к стерилизации и хорошая растворимость в воде.

2. Дикаин в 10 раз сильнее новокаина. При ничтожной затрате кристаллического вещества, анестезия длится при прибавлении адреналина до 7—10 часов, без прибавления адреналина от 1½ до 3 часов.

3. Дикаин имеет преимущество перед новокаином вследствие малой токсичности при инфильтрационной и регионарной анестезии; на нашем материале лишь в 2 случаях была недостаточная анестезия, что составляет 1,8% и в 2 случаях (1,8%)—периферические боли типа неврита.

4. Положительные свойства дикаина, особенно его портативность, делает это средство особенно пригодным в условиях военно-полевой обстановки.

Литература. 1. Быков, Колмовский, Рудицкий, Тимофеев, Вестн. оториноларинг., 4, 1938.—2. Гирголав-Шаак, Ошибки, опасности и непредвиденные осложнения в хирургии, 1936.—3. Промтов, Ж. офт., 9, 1936. 4. Хлусер, Ж. офт., 10

1937.—5. Bode, Zbl. Chir. 35, 1932.—6. Ernst, Münch. m. Woch. 1, 1931.—7. Floreken, Therap. Ber. 10, 1935.—8. Kiess, Zbl. Chir., 50, 1930.—9. Singer, Münch. m. Woch. 48, 1931.—10. Schülein, Münch. m. Woch., 35, 1931.—11. Reible, Dtsch. m. Woch., 31, 1931.

Поступила в ред. 25/IV 1938.

Из Факультетской хирургической клиники имени заслуженного деятеля науки проф. Вишневского (директор проф. С. М. Алексеев) Казанского государственного медицинского ин-та и экспериментального отделения Казанского туберкулезного ин-та (профессор Б. Л. Мазур).

Патогенез аппендицита и феномен Шварцмана.

В. М. Нежданов.

Воспаление червеобразного отростка является наиболее частой формой воспалительных процессов в брюшной полости. По статистическим данным 30—35% всех хирургических больных оперируются по поводу аппендицита. Исследованиями различных авторов доказано, что аппендицит развивается в результате воздействия вирулентных бактерий на слизистую оболочку червеобразного отростка. До сих пор не удалось установить, существует ли специфический возбудитель аппендицита, хотя многочисленные исследования в этой области позволили бы это сделать, если бы таковой в действительности существовал (Рубашев). Розенов в своих исследованиях в 70% случаев аппендицита обнаружил особый вид стрептококков, которые, по его мнению, вызывают аппендицит. Уиль выделил анаэроб, похожий на *Vac. perfringens* и *vac. oedematis* (при острых аппендицитах). По мнению Ашофа (1927) аппендицит вызывают *Diplostreptococcus* (*enterococcus*) и грамположительные палочки. Фолио (1923) полагает, что аппендицит вызывается особым грампозитивным диплококком и особой тонкой палочкой; такого же мнения придерживается и Фишер. Однако, все эти данные не получили общего подтверждения и наличие специфического возбудителя не доказано. По исследованию многих авторов (Деджен и Мичинер, Джингс, Брютт и др.) мы при аппендиците имеем смешанную инфекцию с преобладанием в острых случаях стрептококков и кишечной палочки. Бактериологии аппендицита посвящено много работ, перечислить которые невозможно в нашей краткой работе, вывод можно сделать следующий: заболевания отростка вызываются смешанной инфекцией. Нормальный отросток всегда содержит различные микробные формы. При хронических аппендицитах также всегда содержатся различные виды микробов. Каковы же пути возникновения аппендицита? Путь энтерогенный,—заболевание отростка вызывается микробами, находящимися в самом отростке, в связи с ненормальными условиями для его питания и положения. Сюда относятся всякого рода закрытия просвета содержимым, будет ли это полужидкое содержимое отростка, каловый камень, припухание