

ный эффект в применении на курах. Автор полагает поэтому, что имеется три вида, а может быть и больше, витаминов Д.

Эти факты приближают нас к пониманию того, почему тюлений жир, действуя слабо на крыс, оказывает хорошее действие на рахитических детей.

Во всяком случае, в тюленьем жире, который, к сожалению, все еще расходуется у нас главным образом на технические надобности, мы имеем препарат, который, будучи применен в достаточной дозе, может заменять дефицитный тресковый жир.

Литература. 1. В. Ф. Ведрашко, Сов. пед. № 8, 1936 г.—2. Г. фон Вендт, Вопросы питания № 4, 1936 г.—3. С. О. Дулицкий и Фридман, Совет. пед. № 7, 1936 г.—4. М. М. Левит и Э. Е. Михлина, Журн. по изучен. ран. воз., 1929 г., т. IX, № 9.—5. Е. М. Лепский, С. А. Егерев и Э. Е. Михлина, Ж. экспед. биол. и мед. № 27, 1928 г.—6. Е. М. Лепский и Г. С. Тямина, Сов. врач. газета, № 1, 1935 г.—7. Э. Е. Михлина, IV. т. Трудов Каз. научно-исслед. ин-та теорет. и клинич. медиц. (в печати).

Из Свердловского кожно-венерологического института (директор проф. С. Я. Голосовкер).

ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА ОСАРСОЛОМ.

Р. М. Мариупольский.

Осарсол — препарат мышьяка, употребляемый *per os*, уже больше 10 лет тому назад введен в терапию сифилиса. В 1924 — 1927 гг., когда осарсол был испробован в некоторых клиниках, мнения авторов о терапевтическом и токсическом действии препарата были весьма разноречивы. Часть авторов склонялась к тому, что терапевтическое действие осарсола незначительно, а побочные явления осарсола не оправдывают введения его в повседневную практическую работу.

Несмотря на то, что наблюдения этих авторов были весьма немногочисленны, все-таки их выводы на много лет отодвинули внедрение осарсола в число противосифилитических средств.

Этому содействовал консерватизм врачебного мышления, осторожно и боязливо относящегося ко всяким новым методам лечения.

Но в настоящее время опыт применения осарсола как на стационарном, так и поликлиническом материале настолько обогатился, что полностью рассеял отрицательные выводы, которые в свое время были опубликованы. Но пользование осарсолом до сих пор недостаточно в участковой практике и в венучреждениях, оказывающих лечебную помощь в сельской обстановке, где этот препарат по удобству его применения должен сыграть выдающуюся роль в ликвидации сифилиса. Это привело к тому, что нарком здравоохранения Г. Н. Каминский в приказе за № 387 от

10. IV. 1936 года предлагает «широко внедрить в практику лечения сифилиса советский препарат осарсол».

Мы применяли осарсол при различных формах сифилиса и всегда получали благоприятный терапевтический результат.

В данном сообщении мы приводим результаты применения осарсола у 135 больных, из них у 85 со вторичным рецидивным сифилисом.

Дозировка препарата: взрослые получали в течение курса 40,0—50,0 г; дети до 6 мес.—4,0—5,0; от 6 мес. до 1 года—6,0, а дети старше года (от года до 12 лет) получали осарсол от 6,0 до 20,0.

Схема лечения: больной принимал осарсол в течение 5 дней по 4 таблетки в день (две таблетки утром и две таблетки вечером), детям ежедневная доза соответственно уменьшалась. Затем следовал 3-дневный перерыв, и препарат в дальнейшем давался таким же образом до приема указанного количества.

Часть больных (84 чел.) принимала исключительно осарсол, а остальным одновременно проводились инъекции биохинола в обычных дозировках.

Для нас особенный интерес представляет первая группа больных. Спирохеты с поверхности мокнущих папул исчезали весьма быстро. Так, в 43 обследованных случаях они в 50% исчезли уже после приема 2,0 осарсола, а у остальных после 3,5 г. Таким образом, спирохеты с поверхности эфлоресценций исчезают быстрее, чем после введения ртути или висмута, и несколько медленнее, чем после вливания новарсенола.

Клинические проявления как со стороны кожи, так и особенно со стороны слизистых оболочек, подвергаются быстрому обратному развитию. Уже к половине курса (после приема 20,0 — 25,0 осарсола) папулы на туловище, в области гениталий рассасываются, оставляя только пигментацию; папулезные высыпания в полости рта рассасываются уже после 3,5 — 5 г.

Это благоприятное терапевтическое действие при заразных формах сифилиса ставит осарсол в один ряд с препаратом новарсенол.

Столь же эффективное действие отмечалось нами в случаях раннего врожденного сифилиса (12 случаев). Гохзингеровские инфильтраты исчезали на 16—18-й день после приема 2 г осарсола.

При третичных формах сифилиса также отмечается быстрое обратное развитие и рубцевание язв. В тех случаях, когда одновременно проводилось смешанное лечение осарсолом и биохинолом, клинические проявления исчезали несколько быстрее.

Серологические реакции, проверенные нами у 100 больных после приема различного количества препарата, дали следующие результаты: у 58 больных в течение первого курса все серологические реакции оставались положительными после приема осарсола от 13,5 до 28,5 г, главным образом у больных со свежим и рецидивным сифилисом. У 16 больных мы получили некоторое колебание реакций, а именно: у 6 больных наиболее чувствительными к переходу в отрицательную реакцию оказались р. В. и р. Сакс-Георги, остальные же перешли из положительной в слабо поло-

жительную (у 10 больных) в среднем после 13,5—35,5 г осарсола, у 26 больных мы имели переход всех реакций в отрицательные после приема осарсола от 18,5 до 43,5 г.

Вопрос о влиянии осарсола на серореакции большинством авторов решается не в пользу этого препарата; он уступает препаратам Нео и тем более действию смешанного лечения (новарсенол и висмут).

Почти у всех больных отмечается хорошее общее состояние: прибыли в весе от 1 до 4 кг 80 человек, лишь 8 больных потеряли в весе от 250 г до 1 кг. Дети прибыли в весе от 250 г до 2600 г.

Побочные явления наблюдались нами у 22 больных (15 взрослых и 7 детей) и сводились, главным образом, к повышению температуры и к расстройству желудочно-кишечного тракта — тошнота, рвота, понос, боли в подложечной области и кишечнике. Указанные явления были кратковременными и не вели к прекращению лечения осарсомом; последнее прерывалось лишь временно на несколько дней; в дальнейшем непереносимости препарата не наблюдалось.

Токсические явления со стороны желудочно-кишечного тракта мы наблюдали у 6 взрослых больных и 4 детей; они сводились к тошноте, рвоте, поносу, незначительному повышению температуры. В этих случаях лечение прерывалось на 3—4 дня, осложнения исчезали, и при дальнейшем приеме препарата больные хорошо его переносили. Девочке 4 лет назначен осарсол 4 раза в день по 0,1 г; в течение 3 дней она принимала осарсол без каких-либо побочных явлений, на 4-й день приняла сразу 0,5 г осарсола. Через 3 часа у ребенка появился понос, повышение температуры; указанные явления через 3 дня прошли без каких-либо последствий. В дальнейшем осарсол в дозе 0,4 г в день переносился ею хорошо.

В одном случае на второй день после приема 0,5 г осарсола и 4-х инъекций биохинола на верхних конечностях появилась скарлатинозноподобная сыпь, боли в кишечнике и жидкий стул до 4 раз в день. После двух внутривенных вливаний 10% хлористого кальция все явления прошли. При дальнейшем приеме 0,5 г осарсола вышеуказанные явления со стороны кожи и желудочно-кишечного тракта повторились. У второй больной с повышением температуры до 38,9°, при общей слабости, на 10-й день лечения, после 5,5 г осарсола и 4-х инъекций биохинола, появилась уртикарная сыпь на туловище, верхних и нижних конечностях; через 5 дней после двух внутривенных вливаний 10% хлористого кальция явления исчезли и при дальнейшем лечении указанные явления не повторились.

У одной больной после 15 г осарсола появилось незначительное носовое кровотечение, продолжавшееся 2 дня.

У двух взрослых и одного ребенка, находившихся на смешанном лечении, у двух детей, получавших только осарсол, были дерматиты, причем некоторые из них можно рассматривать, как эритемы девятого дня Милиана. У ребенка четырех лет (после 1,5 г осарсола) на 7-й день на лице появилась мелкая скарлатиноз-

ноподобная сыпь, с зудом и повышением температуры до $38,5^{\circ}$. Сыпь через 9 дней исчезла, осарсол в дальнейшем переносился хорошо. У второго ребенка в возрасте 2-х месяцев на 21-й день после 1,8 г осарсола на нижних конечностях появилась scarlatinopodobnaya сыпь, понос с повышением температуры до 38° , в моче следы белка. После перерыва в лечении все явления в 5 дней исчезли. У ребенка 2-х лет после 2,0 г осарсола и $1,5 \text{ см}^3$ биохинола на 6-й день на груди, животе и конечностях появилась urtikarnaya сыпь; сыпь через 3 дня исчезла. После повторного приема осарсола, на следующий день, на тех же участках появилась такого же характера сыпь.

Явления раздражения почек мы наблюдали у 6 больных (у 3 находившихся на смешанном лечении и 3 на одном осарсоле). В двух случаях белок обнаружен в количестве $0,03 \text{ ‰}$, при наличии эритроцитов (3,5 г осарсола); в одном случае белок в количестве $0,9 \text{ ‰}$, гиалиновые цилиндры появились после 18,0 осарсола. У 3 больных, принимавших осарсол и биохинол, белок в моче доходил до $0,033 \text{ ‰}$ — $0,06 \text{ ‰}$, наблюдались единичные гиалиновые и зернистые цилиндры. Указанные побочные явления со стороны почек были кратковременными, лечение временно прерывалось и при дальнейшем применении осарсола не повторялись.

У 75 больных мы проверили функциональное состояние печени, как контроль действия осарсола на печень (реакция Барокка—прием внутрь 5 ‰ кислого фуксина и наблюдение за выделением его мочой в течение суток). Реакция ставилась перед началом и в середине лечения после 13,5—18,5 г осарсола. У 5 больных мы получили слабую задержку реакции Барокка. Слабая задержка наблюдалась у 4 больных с явлениями раздражения почек и у одной больной с дерматитом и желудочно-кишечными расстройствами, у остальных 70 больных мы не обнаружили функциональной недостаточности печени.

Некоторые авторы указывали на значительный процент осложнений и в связи с этим предостерегали от введения этого препарата в терапию сифилиса. Наш самый тщательный контроль за больными показал, что количество этих осложнений весьма невелико, в основном они весьма быстро проходят и не приводят к дальнейшему прекращению приема препарата.

Мы можем отметить, что в ряде случаев, когда приходилось отказываться от введения новарсенола вследствие побочных явлений, осарсол переносится хорошо.

К настоящему времени у нас накопился большой материал по лечению осарсолом в поликлинической обстановке (300 случаев), и мы можем констатировать, что побочные явления отмечались в ничтожном количестве случаев и ни разу не приводили к прекращению лечения.

Выводы: 1) Осарсол обладает достаточным терапевтическим действием при всех формах сифилиса. Влияние его на быстроту исчезновения спирохет, на клинические проявления, в особенности вторичного периода и при раннем врожденном сифилисе, довольно интенсивно.

2) Осложнения после осарсола по своему характеру значительно доброкачественнее, по сравнению с осложнениями после препарата Нео, и быстрее проходят. При приеме осарсола следует обращать внимание на желудочно-кишечные явления, состояние почек (белок, уробилин), дерматиты.

3) Осарсол может быть применен амбулаторно при тщательном и постоянном наблюдении медицинского персонала.

4) Осарсол должен найти свое применение при лечении персонала железнодорожного и водного транспорта, поскольку эти больные по роду своей работы часто бывают в отъезде.

5) Общее количество осарсола в течение курса должно быть доведено у взрослых до 40—50 г, у детей от 4 до 20 г.

6) Вся участковая и медицинская сеть должна быть снабжена достаточным количеством осарсола. В ликвидации сифилиса этот препарат должен сыграть значительную роль.

Из факультетской хирургической клиники Саратовского медицинского института (директор заслуженный деятель науки проф. С. Р. Миротворцев).

К ВОПРОСУ ОБ ОБРАБОТКЕ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ АППЕНДЕКТОМИИ.

Л. Н. Гольдштейн.

В течение истекших трех десятилетий аппендектомия стала одной из самых популярных операций. «Аппендицит несомненно наиболее частый острый патологический процесс в животе» (Дивер). Тысячи аппендектомий производятся ежегодно как в крупных столичных центрах, так и в самых отдаленных уголках Советского Союза. С этой операцией неизбежно сталкивается каждый начинающий хирург, как раз в самом начале своей деятельности. Все вышесказанное в достаточной мере объясняет необходимость разработки самых разнообразных вопросов, связанных с аппендицитом.

Хирургическая мысль неустанно работает над совершенствованием, казалось бы, такой простой операции, как аппендектомия в холодном периоде. Сроки оперативного вмешательства периодически вызывали и вызывают бурные прения. Разработаны и практически проверены на колоссальном материале рациональные и простые доступы к червеобразному отростку. И, наконец, за последние годы вновь встал вопрос о наиболее эффективном и практичном способе обработки культи червеобразного отростка (ч. о.). Оказалось, что применяемый подавляющим большинством хирургов метод погружения культи червеобразного отростка в слепую кишку при помощи кисета не является безупречным. Еще в 1920 году де-Мартель сообщил в Парижском хирургическом обществе о трех случаях перфорации слепой кишки при наложении кисетного шва для погружения культи ч. о. За этим сообще-