

хина в 5-м цикле. В одном случае больная к концу лечения стала жаловаться на сердцебиение, но без объективных изменений со стороны сердца. Явления, которые нередко наблюдаются при лечении красной волчанки акрихином — потливость, общая слабость и изредка кратковременные подъемы температуры, при лечении псориаза не отмечены.

Что касается показаний для акрихинотерапии псориаза, то в настоящее время мы можем сказать, что наиболее подходящими являются случаи распространенного псориаза без резко выраженной инфильтрации элементов, и менее показанными являются случаи с единичными застарелыми, инфильтрированными бляшками.

Среди наших больных не было ни одного с клиническими явлениями малярии или с плазмодиями в крови; те больные псориатики, у которых отмечена малярия в анамнезе, реагировали на акрихинотерапию также, как и больные без каких-либо указаний на малярию. Отсюда мы заключаем, что антипсориатический эффект акрихина не стоит в какой-либо связи с противомалерийными свойствами препарата.

Во время лечения мы ни разу не отметили появления новых элементов точно также, как ни разу не видели рецидива болезни после проделанной терапии. Однако едва-ли можно надеяться, что одним курсом акрихинотерапии можно излечить навсегда такое хроническое заболевание.

Срок наших наблюдений слишком мал, и поэтому для нас еще остаются открытыми многие вопросы, например: надолго ли больные бывают избавлены от наружных проявлений, удастся ли окончательно излечивать псориаз одним акрихином и если удастся, то понадобится ли для этого один, два или больше курсов. Мы воздерживаемся также от суждения о механизме действия акрихина при псориазе; для этого необходимы дополнительные наблюдения и эксперименты. Сейчас мы можем только сказать, что этот метод безопасен, прост для применения, эффективен и не требует отрыва больного от его обычной работы.

Казань, ул. Куйбышева, д. № 30, кв. 2.

М. Д. ШМАГИНА

О лечении карбункулов

Из госпитальной хирургической клиники (зав. засл. деятель науки проф. В. Н. Соколов) Казанск. гос. мед. института

Выбор метода при лечении карбункулов зависит от стадии заболевания и течения процесса. Первое требование в лечении карбункулов — предупредить развитие тромбоза вен, который может повести к септическому тромбофлебиту. Это особенно важно при карбункулах лица, где тромбоз v. facialis является особенно грозным. Профилактика заключается в полном покое пораженного участка.

При мирном течении консервативное лечение является преимущественным методом. При затрудненном отхождении некротических

участков (пробок) и неблагоприятной клинической и гематологической картине необходим разрез.

Через госпитально-хирургическую клинику за 12 лет (1928—1940 гг) прошло 83 больных, пораженных карбункулом.

Методы лечения Локализация	Аутоге- мотера- пия и мазевая повязка	Анти- вирус по Безред- ка и заст. гипе- ремия	Масляно- бальз. мазь и стрепто- цид.	Ново- каин. блок, масл.- бальз. мазь и стрепт.	Хирур- гичес- кое ле- чение.	Всего	Количе- ство смер- тельных исходов
Верхняя губа . .	4/1	1/1	4	6/2	1/1	16	5
Нижняя губа . .	—	—	1	4	—	5	—
Щека	1	1/1	2	—	—	4	1
Подбородок . . .	—	—	2	—	—	2	—
Височная область.	—	—	2	—	1	3	—
Шея и затылочная область	—	1	1	1	29/2	32	2
Спина	—	—	1	1/1	11	13	1
Грудь и живот . .	—	—	1	—	2	3	—
Ягодица	—	—	1	—	1/1	2	1
Бедро и голень .	—	—	1	—	1	2	—
Всего:	5/1	3/2	17	12/3	46/4	83	10

Примечание: знаменатель указывает число смертельных исходов.

Из таблицы видно, что из 83 больных 37 подвергались консервативному лечению (6 смертельных исходов), 46 больных были оперированы (4 смертельных исхода).

Консервативного метода лечения клиника держалась в первую очередь при поражении карбункулом лица и головы (28 случаев) и только в 9 случаях — при поражении других областей.

В 5 случаях был применен способ Lawen'a: 5-7 куб³ крови, взятой у больного, вводилось ему же в окружность карбункула в пределах здоровых тканей с наложением мазевой (индифферентная мазь) повязки на место поражения. В 4 случаях наблюдалось гладкое течение, температура через 24-48 часов падала, отек уменьшался, полное выздоровление наступило на 7-й-16-й день. Один из больных с карбункулом на верхней губе, леченный по Lawen'у умер. Способ Lawen'a не нашел в клинике широкого применения как вследствие крайней болезненности, которой сопровождаются процедуры впрыскивания крови, так и вследствие нарушения принципа покоя пораженного органа.

В 3 случаях была применена иммунизация по Безредка (компрессы из антивируса) с отсасыванием пробок бировскими банками. Двое больных с поражением губы и щеки умерли; больной с поражением задней поверхности шеи выздоровел на 18-й день. Применение банок Бира во всех случаях сопровождалось знобом.

17 больным с карбункулами, располагавшимся в различных областях тела, применялась на всех стадиях течения процесса мазевая повязка по Вишневскому, причем с 1936 года, как правило, с приемом внутрь по 1 г в сутки стрептоцида. Во всех этих случаях наблюдалось благоприятное течение с исходом в выздоровление на 8-17-й день.

За последние годы мы применяли при карбункулах новокаиновую блокаду по Вишневскому с введением внутрь стрептоцида и местно-мази Вишневского. В 12 случаях исход благоприятный, 2 больных, доставленных в состоянии сепсиса, умерли.

46 больным, пораженным карбункулом, применено хирургическое лечение, главным образом, в виде крестообразного разреза с иссечением или выскабливанием некротических участков и с последующим введением в рану в одних случаях гипертонического солевого раствора, в других, сразу после разреза, — мази Вишневского. Показанием к разрезу служили: обширность поражения, затруднение в отхождении некротических масс, угроза септического течения; как правило, при поражении лица мы к разрезам не прибегали.

Смертельных исходов при хирургическом методе лечения было 4; из них в 1 случае было поражение верхней губы, в двух — задней области шеи, в одном — области ягодицы.

Небезынтересным кажется подчеркнуть здесь, что из 10 умерших 5 имели карбункул на губе, 1 — на лице, 2 — на шее, 1 — на спине и 1 — на ягодице.

У двух больных (карбункул лица и карбункул губы) картина сепсиса быстро развилась после попыток самих больных выдавить пробку карбункула.

При карбункулах губы особенно важен в целях предупреждения осложнения покой пораженной губы: запрещение разговоров, питание через поильник. Среди больных обратила на себя внимание одна, у которой течение осложнялось подъемом температуры и отеком каждый раз после посещения ее знакомыми, так как она не удерживалась от разговоров.

У всех больных с поражением губы было в той или иной форме активное вмешательство, нарушение покоя пораженного участка, что не могло не содействовать тяжелому течению.

Располагая сравнительно небольшим материалом трудно, конечно, делать выводы на основании сравнительной оценки методов лечения карбункулов. Но все же наша клиника приняла на основании этого опыта следующие установки.

1. В каждом случае при выборе метода лечения больных с карбункулом должен быть строго индивидуализированный подход.

2. Больные с карбункулом лица и, в частности, губ, как правило, подлежат консервативному лечению во избежание отрыва тромба при вовлечении в процесс лицевых вен. Наиболее благоприятное действие на течение оказывают мазевые повязки (мазь Вишневского); новокаиновый блок мы делаем больным с карбункулом при наличии значительного отека.

3. Консервативному лечению подлежат больные с карбункулом и в других областях, если карбункул не имеет склонности к распространению, если некротические участки легко отходят, если гемограмма благоприятна и болезнь протекает без угрозы сепсиса. Здесь мы также отдаем предпочтение мазевой повязке по Вишневскому, применяя блок при склонности к отеку и при распространении процесса.

Исходя из работы д-ра Пестрикова, показавшего в нашей клинике, что при гнойно-воспалительных процессах, в частности при карбункулах, новокаиновой блок повышает функцию ретикуло-эндотелиальной системы, мы считаем применение блока при карбункулах принципиально обоснованным.

4. При карбункулах, где отхождение центрального некротического очага задерживается, температура держится на высоких цифрах, а картина крови неблагоприятна, больные подлежат оперативному лечению. Мы отдаем предпочтение крестообразному разрезу с иссечением или выскабливанием некротических очагов. После разреза, при наличии жидкого гноя, в первые дни вводятся тампоны с гипертоническим соевым раствором; при наличии некротических участков или чистой ране предпочтительнее мазь Вишневского, как быстрее ведущая к развитию грануляций.

5. Во всех случаях дается стрептоцид, причем в септических случаях предпочтительнее вводить его внутривенно $\frac{1}{4}\%$ — 20 к. см. или подкожно 0,8% — по 400 к. см. 1—2 раза в день.

г. Казань, Лаврентьевская ул., дом 60, кв. 3.

Наблюдения из практики и краткие сообщения

Военврач III ранга П. Д. ЯЛЬЦЕВ

К рентгенодиагностике диафрагмальных грыж

Из Владивостокского военно-морского госпиталя (Начальник военврач I ранга Д. С. Буринголец)

Распознавание диафрагмальных грыж представляет большие трудности для клинициста из-за многообразия болезненных явлений и отсутствия четких клинических симптомов.

Мы наблюдали два случая травматических грыж диафрагмы, дифференциальная диагностика которых представляла ряд сложностей. Кроме того, в обоих случаях прижизненный диагноз был подтвержден оперативно, а затем на секции.

1. Б-ной Р-ов, 28 лет, шофер, был доставлен на самолете во Владивостокскую клиническую больницу 21/VI 1939 года с диагнозом язвы желудка. Жаловался на сильные боли в подложечной области, частую рвоту с примесью крови, наступающую тотчас же после приема пищи, вздутие живота, затруднение дыхания и резкую общую слабость. Заболевание началось в декабре 1938 года, когда больной при аварии автомашины упал и получил перелом нижних ребер слева (каких и сколько, точно не знает). Пролежал в районной больнице до марта 1939 г., выписался с улучшением. Остались боли в подложечной области непостоянного характера и тошнота, усиливающиеся после приема пищи, редко рвота. 11/IV 1939 г., после погрешности в диете (выпил немного водки) сразу появились резкие боли в подложечной области, рвота с кровью, вздутие живота и затруднение дыхания. Эти явления не прекращались до момента поступления в больницу. Одышка и общая слабость прогрессировали.

Объективно: больной в тяжелом состоянии. Частые тошнота, отрыжка и рвота с примесью кровавых сгустков. Пульс 88 уд. в мин. Язык обложен, влажный. Грудная клетка деформирована: нижние ребра левой половины грудной клетки сращены под углом (место бывшего перелома). Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые. В легких много сухих хрипов. Живот несколько вздут в верхней части, нижняя часть живота мягкая. Печень и селезенка не увеличены. Мочится редко и небольшими порциями.

Рентгенологическое исследование (25/VI 39 г.). Легкие — на уровне III—V ребер слева, в переднем положении больного определяется газовый пузырь шириною с половину грудной клетки, с таким же широким горизонтальным уровнем жидкости под ним, колеблющимся синхронно с пульсацией сердца. При наклонении больного налево, медиальный конец уровня жидкости достигает уровня первого поясничного позвонка, а при наклонении направо латеральный его конец опускается еще ниже.