

учно-практического комбината ОММ применялась неоднократно с тем же неизменным успехом и при ряде других заболеваний, но их мы не касаемся, так как это явится предметом особого сообщения.

Опыт применения миарсенола при лечении сифилиса.

А. А. Студницын и В. В. Каралис.

(Москва).

Миарсенол, благодаря простоте своего применения, призван сыграть крупную роль в борьбе с сифилисом, особенно на селе, и в детской практике. Крупнейшее значение миарсенола было авторитетно признано IV Всесоюзным съездом по борьбе с венерическими и кожными болезнями.

Мы полагаем небесполезным поделиться нашим небольшим опытом по применению миарсенола.

Нами был получен из Объединенного венерологич. института им. В. М. Броннера миарсенол советского производства, который был применен нами для лечения сифилиса в условиях поликлиники. В нашу задачу входило проследить терапевтическое действие миарсенола и его переносимость больными как местную, так и общую. Всего под нашим наблюдением находился 91 больной, произведено 896 инъекций миарсенола; 10 больных, по некоторым обстоятельствам, не окончили полного курса лечения; остальным больным (81 ч.) было проведено 113 курсов специфического комбинированного лечения.

Среди них было мужчин 48, женщин—33. Возраст больных: до 20 лет—1 чел.; от 20 до 30 лет—56 чел.; от 30 до 40 лет—16 чел.; от 40 до 50—8 чел.

В виду того, что больные с активными формами сифилиса изолировались и госпитализировались в стационар, нам пришлось иметь дело с больными, страдавшими преимущественно латентными формами сифилиса. По диагнозам больные распределялись так: сифилис I серопозитивный—1 чел.; сифилис II рецидивный—1 чел.; сифилис II скрытый—43 чел.; сифилис III активный—5 чел.; сифилис III скрытый—26 чел., Lues ignorata—4 чел.; невролюес—1 чел. Давность инфекции: до 1 г.—25 чел.; до 2 л.—16 чел.; до 3 л.—1 чел.; до 4 л.—1 чел., свыше 4 лет—29 чел. Давность инфекции неизвестна у 9 чел. 69 чел. до лечения миарсенолом подвергались комбинированному специфическому лечению ртутными, висмутовыми препаратами и новарсенолом: 12 чел. не лечились совсем. Мы проводили нашим больным комбинированное лечение: миарсенол + биохинол—58

курсов и миарсенол + 2% раствор двуиодистой ртути—54 курса. Доза миарсенола для мужчин, начиная с 0,3—0,45 до 0,6; для женщин, начиная с 0,15—0,3 до 0,45. Общая доза на курс лечения для мужчин от 4 до 5,5, для женщин от 3,5 до 4,5 ч. Биохинол—разовая доза 2—3 см³, на курс 40—45 см³. Двуиодистая ртуть 2% раствор по 1 см³ через день; на курс 20 см³. 55 больных получили по одному курсу лечения, из них 29 чел. бисмут + миарсенол и 26 чел. ртуть + миарсенол; 21 чел. получили по 2 курса лечения и 5 чел. по 3 курса.

Миарсенол вводился из расчета 0,1 препарата на сутки. Препарат, представляющий собою аморфный порошок желтого цвета, быстро растворялся в воде, давая прозрачный раствор. Растворение производилось независимо от дозы в 3 куб. см свежeproкипяченной дистиллированной воды для каждого больного в отдельности непосредственно перед инъекцией; инъекция производилась внутримышечно в верхне-наружный квадрант ягодицы двухмоментным способом.

Внутримышечные инъекции миарсенола наблюдаемые нами больные переносили, как правило, безболезненно. Большинство больных отмечало, что болезненность при инъекциях миарсенола не больше, чем при ртутных или висмутовых инъекциях; часть больных определенно заявляла, что миарсенол переносится ими легче, чем инъекции ртути и висмута. На 896 инъекций у 91 больного лишь в 3 случаях наблюдалась местная болезненность непосредственно после инъекции, продолжавшаяся не более 1 часа. В одном случае наблюдался после инъекции инфильтрат величиною с грецкий орех, рассосавшийся через 3 дня. В дальнейшем эта больная переносила миарсенол безболезненно.

В одном случае отмечена боль в ноге после инъекции миарсенола. Случаев снятия с лечения миарсенолом из-за местной болезненности не было.

Таким образом наши наблюдения говорят о хорошей местной переносимости миарсенола, что уже отмечено в статье Хесина (Советский вестник венерологии и дерматологии, № 7—8, 1936). О влиянии миарсенола на клинические явления мы имели следующие наблюдения: рассасывание шанул на слизистой рта и в одном случае вторичного рецидивного сифилиса наступило на 8-й день после 0,75 г миарсенола и 12 см³ биохиноля. Рубцованное гуммозной язвы в зеве наступило на 9-й день после 0,15 г миарсенола и 9 см³ биохиноля (ист. бол. № 53904). В трех случаях гуммозного периостита голени мы наблюдали прекращение костных болей после 1,2 г миарсенола и 15—26 см³ биохиноля. Полное рассасывание периоститов костей голени наступило после 2,4 миарсенола и 37 см³ биохиноля в двух случаях, и после 1,65 г миарсенола + 24 см³ биохиноля в третьем случае.

Приведенные наблюдения, хотя и немногочисленные, свидетельствуют все же о хорошей терапевтической активности миарсенола в комбинации со ртутью и висмутом. Влияние миарсенола на серореакции, при комбинированном лечении с висмутом и ртутью, прослежено нами на 73 больных, из которых 28

получили 1 курс бисмута + миарсенол, 23 — 1 курс ртути + миарсенол, и 22 получили по 2 курса лечения, из них один был ртутно-миарсеноловый, а другой висмута-миарсеноловый.

В отношении влияния лечения миарсенолом плюс биохинол на серореакции мы можем отметить следующее.

В одном случае первичного серопозитивного сифилиса реакция Вассермана после одного курса бисмут + миарсенол перешла в отрицательную. В одном случае вторичного рецидивного сифилиса реакция Вассермана к концу курса также стала отрицательной; в 5 случаях вторичного скрытого люеса отрицательная в начале курса реакция оставалась отрицательной и после лечения.

В двух случаях вторичного скрытого сифилиса не удалось перевести положительные серореакции в отрицательные. В одном из этих случаев больной до лечения миарсенолом получил 3 курса комбинированной терапии с новарсенолом также без влияния на серореакции.

В двух других случаях вторичного скрытого сифилиса серореакции из резко положительных к концу курса дали в одном случае 3+, в другом 2+. Из четырех случаев третичного активного сифилиса в двух случаях серореакции стали отрицательными после одного курса лечения.

Из семи случаев третичного скрытого сифилиса положительные серореакции в одном случае перешли в отрицательные, в остальных остались без изменения. Все эти больные с давностью инфекции свыше 10—15 лет, а один с явлениями позднего врожденного сифилиса (паренхиматозный кератит) в прошлом, получали до применения миарсенола комбинированное лечение новарсенолом также без влияния на серореакции.

В одном случае третичного скрытого сифилиса мы наблюдали переход отрицательной реакции в слабоположительную после лечения. Из трех случаев *Lues ignota* серореакции перешли в отрицательные в одном случае. При комбинированном лечении миарсенолом и ртутью в 12 случаях вторичного скрытого люеса отрицательные реакции в начале курса остались отрицательными и после лечения.

В двух случаях положительных реакций их не удалось перевести в отрицательные. В двух других случаях вторичного скрытого сифилиса серореакции отрицательные в начале курса перешли в резко положительные в одном случае и в слабоположительные в другом после одного курса лечения. Оба больных до лечения миарсенолом лечились новарсенолом.

Из шести случаев третичного скрытого сифилиса лишь в одном случае наблюдался переход серореакции из резко положительной в слабоположительную. Эти больные также до лечения миарсенолом подвергались лечению новарсенолом. В одном случае *Lues ignota* отмечен переход реакций Кана и Витебского в отрицательные, при оставшейся без изменения резко положительной реакции Вассермана. Из 22 больных, получивших ртутно-миарсеноловый и висмута-миарсеноловый курсы лече-

ния, в трех случаях вторичного скрытого сифилиса серореакции остались без изменения после второго курса лечения. В 13 случаях вторичного скрытого сифилиса отрицательные серореакции оставались без изменения после 2 курсов лечения. В 1 случае третичного активного сифилиса серореакции остались резкоположительными после 2 курсов лечения.

В двух случаях третичного скрытого сифилиса резко-положительные реакции оставались без изменения после 2 курсов лечения и в одном случае перешли в отрицательные после III курса.

В одном случае третичного скрытого сифилиса отмечен переход серореакций из слабо-положительной в отрицательную.

В одном случае *Lues ignorata* резко положительная реакция Вассермана осталась без изменения после 3 курсов лечения, при переходе реакций Кана и Витебского в отрицательные после третьего курса.

Суммируя наши наблюдения над влиянием миарсенола в комбинации с висмутом и ртутью на серореакции, следует признать, что миарсенол оказывает на серореакции не худшее действие, чем новарсенол.

При применении миарсенола мы не наблюдали тяжелых побочных явлений.

На 896 инъекций миарсенола у 91 больного побочные явления имели место 33 раза.

Характер побочных явлений: повышение температуры 9 случаев, из них только в 2 случаях выше 38°; головные боли 14 случ.;—тошнота 2; рвота—2; расстройство кишечника—4; головокружение непосредственно после инъекции—2; случаев нитритоидного криза и экзантем не наблюдалось. Побочные явления носили доброкачественный характер и в большинстве случаев не служили препятствием для дальнейшего применения миарсенола.

Желая сравнить частоту и тяжесть побочных явлений при лечении миарсенолом с таковыми же при новарсеноле, мы проследили переносимость новарсенола у 52 больных, которые до лечения миарсенолом получали обычную специфическую терапию ртутью или висмутом и новарсенолом.

Всего эти больные получили 107 курсов лечения с общим количеством вливаний новарсенола 638. На указанное число вливаний побочные явления наблюдались в 47 случаях или в 7,3%, из них повышение температуры—9; головные боли—24; тошнота—5; рвота—4; расстройство кишечника—2; экзантема—1; зуд—1; сердечная слабость—1.

Таким образом на нашем материале побочные явления после миарсенола встречались реже, чем при лечении новарсенолом.

Интересно также, что в одном случае 6-ной (истор. бол. № 6009), плохо переносивший новарсенол, хорошо переносил миарсенол. С другой стороны, у 4 больных, плохо переносивших новарсенол, наблюдались побочные явления и при применении миарсенола.

Выводы. 1) Техника применения миарсенола, благодаря своей простоте, значительно сокращает время, затрачиваемое на производство вливаний и облегчает работу врача, что является большим преимуществом, в особенности в амбулаторной обстановке. Кроме того, миарсенол с необычайной простотой разрешает задачу лечения детей и женщин с плохими венами и в этом отношении имеет неоспоримое преимущество перед новарсенолом.

2) Внутримышечные инъекции миарсенола переносятся больными безболезненно.

3) Миарсенол в комбинации с висмутом и ртутью не уступает новарсенолу в своем влиянии на клинические проявления сифилиса.

4) Влияние миарсенола на серореакции не хуже, чем новарсенола.

5) Побочные явления при лечении миарсенолом встречаются во всяком случае не чаще, чем при новарсеноле. В некоторых случаях с плохой переносимостью новарсенола наблюдаются побочные явления и при применении миарсенола.



Из факультетской хирургической клиники Воронежского государственного медицинского института (директор проф. Н. Н. Назаров).

К вопросу о капсюльных ранениях.

Прив.-доц. Ф. К. Кессель.

К числу недостаточно разработанных вопросов военно-полевой хирургии относятся так называемые капсюльные ранения. В большинстве руководств по военно-полевой хирургии этот вопрос почему-то обойден, и только проф. А. А. Опокин посвящает около полутора страниц этому довольно интересному отделу полевой хирургии.

Капсюльными ранениями мы называем те повреждения, которые получают при взрыве капсюлей ручной гранаты. Такие повреждения встречаются иногда от неосторожного обращения с капсюлем, но чаще всего они бывают у лиц, случайно нашедших капсюль и не имеющих никакого представления об этой находке. Вот почему наибольшее количество капсюльных ранений встречается у детей, которых заинтересовывает медная блестящая согнутая под углом трубочка. Проф. Опокин указывает, что почти каждое лечебное заведение фронта в империалистическую войну имело среди своих наблюдений и капсюльные ранения; однако, как в медицинской лите-