

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-

ратуре военного времени, так и послевоенного времени, мы совершенно не находим описания этого своеобразного вида ранений. Вот почему мы считаем небезынтересным остановиться на 6 случаях капсюльных ранений, наблюдавшихся нами в нашей клинике.

Случай 1. И. X., 10 лет. Поступил в клинику 19/V 1922 года по поводу огнестрельного ранения левой руки и кожи живота.

Мальчик накануне нашел капсюль и стал ковырять его шилом; получился взрыв и ему оторвало три пальца левой руки.

Мальчик истощен, бледен, температура—37,2°. На левой кисти оторваны первые три пальца. Соответствующие пястные кости совершенно раздроблены. Рана кисти разможенная, грязная; кожная рана захватывает всю ладонную поверхность. Под хлороформным наркозом произведена ампутация левого предплечья. Температура после операции все время нормальная. 28/V выписался для амбулаторного лечения.

Случай 2. И. K., 10 лет. Поступил в клинику 20/IX 1922 года по поводу огнестрельного ранения обеих рук, груди и глаза. Неделю назад мальчик нашел капсюль и при неосторожном обращении с ним получился взрыв, осколками поранило кисти обеих рук, грудь и лицо. Жалуется еще на то, что после происшедшего взрыва левый глаз видит как-будто через туман.

Мальчик нормального для своих лет развития, умеренного питания. Со стороны внутренних органов ничего патологического не обнаружено; больной лихорадит, температура—37,8—39,4°. На левой руке оторваны, за исключением мизинца, все пальцы и раздроблены пястные кости; рана грязная, выделения гноя, вместе с распадом мягких частей, обрывков тканей, в значительном количестве. На правой руке большой палец весь оторван и поражены мягкие ткани. На левой части груди небольшая рваная рана, на левой щеке рваная рана величиной 2x3 см, на левом ухе экскорiation кожи. Больному введена противостолбнячная сыворотка. По заключению офтальмолога, у больного в правом глазу анестезия глазного яблока, в левом глазу невропаралитический кератит и инородное тело глубоко в склере. Назначение: перевязка пораженных участков с риванолом, атропин, дионин и согревающий компресс на левый глаз ежедневно. 30/IX рана руки очищается, ванна. Мертвые рваные части ткани отошли; перевязка с риванолом; рана на груди в хорошем состоянии. 3/X раны руки очистились. Покрывают хорошими грануляциями. Больной был отправлен в глазную клинику, где ему удалили инородное тело из левого глаза. 8/X у больного глаз поправился, кожная рана щеки и груди зажила, на левой руке рана очистилась, выполнялась свежими грануляциями. Правая рука зажила полностью. 13/X больной выписался в хорошем состоянии для амбулаторного лечения.

Случай 3. И. З., 15 лет. Поступил в клинику 25/IX 1922 г. по поводу огнестрельного ранения левой руки, лба и левого глаза. Больной при пахотье наткнулся на какую-то металлическую трубочку. Он поковырял ее, получился взрыв. Общее состояние больного угнетенное. Температура 38,5°. Кисть левой руки вся окровавлена, загрязнена. На большом пальце оторвана ногтевая фаланга, рана зияет. На указательном пальце оторвено две фаланги, средний палец раздроблен на месте второй фаланги, в ране видны обрывки мышц и сухожилий. На лбу, носу и левом нижнем веке мелкие ранки, в правом глазу macula corneae centralis, Conjunctivitis subacuta; visus o. d. = 0,5; в левом глазу—vulnus perforatum corneae, prolapsus corporis vitreae, cataracta traumatica, visus o. s.—счет пальцев у лица. Назначена противостолбнячная сыворотка, ванна руке, в оба глаза коларгол и в левый глаз атропин и айрол.

3.X температура упала до нормы. Раны очищаются, перевязка с риванолом. 8.XI отделились свободно костные секвестры. Раны покрыты хорошими грануляциями. 29.XI больной в хорошем состоянии выписался для амбулаторного лечения.

Случай 4. С. Д., 17 лет. Поступил в клинику 8.III 1927 г. по поводу огнестрельного ранения обеих кистей. За шесть часов до поступления в больницу насаживал карандаш в принесенную товарищем какую-то трубочку. Получился взрыв, которым разможило обе кисти больного и обожгло грудь. По оказании первой помощи на месте, больной был направлен в нашу больницу. Больной

бледен и сонлив. Повязка промокла кровью, пульс 90 в минуту. Со стороны внутренних органов ничего патологического не обнаружено. Левая кисть, главным образом ладонная ее часть, и 3, 4 и 5 пальцы представляют собой картину полного разможнения и раздробления. Рана загрязнена и заполнена сгустками крови. Ногтевая фаланга четвертого пальца правой руки содрана. На передней стенке груди ожоги кожи небольших размеров.

9.III под хлороформным наркозом произведена операция. Удалены торчащие концы мышц кожи и сухожилий, вылушены в суставах раздробленные кости фаланг I и 2-го пальцев левой руки. В рану налит мыльный спирт, введена противостолбнячная сыворотка. 10.III температура повысилась до 38,4°, 13.III температура стала падать, 15.III— перевязка, рана выделяет много гноя. 23.III улучшение общего состояния. В ране появились хорошие свежие грануляции. 29.III— рана в хорошем состоянии, больной выписан для дальнейшего амбулаторного лечения.

Случай 5. Н. П., 19 лет. Поступил в клинику 8.IV 1927 г. по поводу огнестрельного ранения стенки живота и верхних конечностей. Ранение получено от взрыва капсуля. В больницу доставлен сейчас же после ранения. Общее состояние больного хорошее, правильного сложения, удовлетворительного питания, со стороны внутренних органов ничего патологического не обнаружено. В нижней трети левого предплечья с локтевой стороны имеется рваная ранка, около одного сантиметра в поперечнике. В верхней трети правого плеча имеется маленькая незияющая ранка, величиной в $\frac{1}{2}$ см. На коже живота, в надчревной области, имеются две точечные ранки и одна слегка зияющая. Здесь же рядом прощупывается инородное тело. Все ранки слегка загрязнены. Наложены повязки с мыльным спиртом, удален маленький осколок из-под кожи живота.

9.IV температура нормальная, самочувствие хорошее. 12.IV ранки совершенно чисты. В ране левого предплечья видна обнаженная вена (*v. basilica*). Больной по собственному желанию выписывается для дальнейшего амбулаторного лечения.

Случай 6. Ю. К., 17 лет. Поступил в клинику 4.V 1929 г. с явлениями сильного кровотечения из обеих верхних конечностей после ранения, последовавшего в результате взрыва капсуля. Больной потерял много крови. Немедленно наложены жгуты. Большой среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания. Видимые слизистые оболочки бледны. Пульс—100 в минуту, слабого наполнения. Тоны сердца глуховаты. Со стороны других внутренних органов ничего патологического не обнаружено. Почти вся кожа лица покрыта точечными импрессионами от пороха. То же наблюдается на коже живота и груди. Правая кисть почти совершенно оторвана, она держится на небольшом кожном наружном участке, с сохранившимися сухожилиями сгибателя и разгибателя большого пальца. Совершенно оторвана половина правой кисти в продольном направлении с двумя последними пальцами. Рваная рана кожи тянется с локтевой стороны до средней трети правого предплечья. На левой руке совершенно разможен и почти оторван большой палец. Кроме того совершенно обнажена тыльная поверхность второго пальца. Обнажена вторая фаланга среднего пальца. На обеих руках обнажены сосуды и нервы. Края ран имеют следы порохового ожога. Под хлороформным наркозом—операция. Сняты жгуты и перевязаны кровоточащие сосуды (*a. radialis*, *a. ulnaris*, *arcus volaris prof.*). Удалены все разрушенные обнаженные кости, в том числе и все косточки запястья правой руки. Края кожи слегка стянуты одиночными шелковыми швами. Риваноловые повязки, шины. Ночью наблюдалось значительное кровотечение из правой руки. Снята повязка, наложено несколько лигатур на кровоточащие сосуды. 6.V—перевязка; рана в хорошем состоянии, риванол.

10.V при перевязке удалена часть омертвевшей клетчатки. 27.V левая рука совершенно зажила. 5.VI на правой руке хорошие грануляции. Повязка с риванолом. Больной выписывается для дальнейшего амбулаторного лечения.

Рассматривая наши случаи, мы должны прежде всего остановиться на характерных особенностях этих ранений. Мы знаем, что характер и тяжесть огнестрельных ранений зависят от формы и величины снаряда и скорости его поступательного движения.

Сила взрыва капсуля весьма значительна и, по видимому, направляется во все стороны. Это направление и сила взрыва,

повидимому, обуславливает отрывной характер ранений. Само собой разумеется, что наибольшие повреждения будут причинены той руке, которая в момент взрыва фиксировала капсюль. Вот почему мы не можем согласиться с проф. Опокиным, когда он говорит, что прежде всего ранится правая рука. В наших наблюдениях (особенно у детей) мы имели чаще повреждения левой руки, что мы объясняли тем обстоятельством, что пострадавшие держали капсюль в левой руке, а правой манипулировали. Изучая механизм капсюльных ранений мы могли отметить, что часто эти ранения сопровождаются повреждениями лица и даже глаз и этому факту мы находим объяснение, если учесть соответствующее положение раненого в момент взрыва. Ведь такие комбинации (ранения рук и лица) чаще всего встречаются у детей, когда взрыв происходит в результате „ковырания“ из любопытства, и ясно, что они держат капсюль в руках близко к лицу. Ранения же живота и груди бывают тогда, когда при взрыве капсюля больной сидел на корточках и таким образом грудь, лицо и живот находились вблизи рук, почему в них и проявляется наибольшая сила взрыва. Почти во всех наших случаях мы могли проследить вышеуказанный механизм ранения. Что же касается отмечаемого проф. Опокиным более частого ранения правой руки, то это относится, повидимому, к взрослым, у которых взрыв капсюля чаще всего происходит при неумелой разрядке или зарядке гранаты. Понятно, что, если происходит при этом взрыв, то страдает больше всего рука, фиксировавшая в это время детонатор, в данном случае—правая. В одном нашем случае (№ 5) мы имели незначительные ранения левого предплечья, правого плеча и кожи живота. Из расспросов больного выяснилось, что он с товарищем взрывал капсюль ударом на расстоянии. Последним обстоятельством мы объясняем и нехарактерные черты и легкость ранения данного случая. Что же касается тяжести ранения глаз, то это будет зависеть, главным образом, от близости взрыва к глазу. Здесь могут быть самые различные степени повреждения, начиная от легких поверхностных эрозий, внедрения мелких мегаллических осколков до полного разрушения глазного яблока. И в случаях ранения глаз, при наличии ранения левой руки мы встречаем большие повреждения в левом глазу. Мы в наших двух случаях (№ 2—3) имели тяжелые повреждения левого глаза при сравнительно небольших изменениях в правом глазу.

К особенностям капсюльных ранений следует еще отнести и такие признаки, как несоответствие дефектов кожи и подлежащих тканей (кожные дефекты значительно шире), отрывы отдельных фаланг и целых пальцев, наличие раздробленных косточек и мелких осколков капсюля, обожженные края, порошковидные импрегнации области ранения и множественность повреждений,—все это вместе взятое и анамнез дают возможность довольно легко поставить диагноз.

Течение капсюльных ранений мало чем отличается от течения всякого другого отрывного ранения, и здесь мы отмечаем длительность болезни, вялые грануляции, медленное восстановление трудоспособности.

Переходя к вопросу о лечении капсюльных ранений, надо прежде всего принимать во внимание общее состояние раненых. На наших материалах мы могли убедиться в том, что даже в легких случаях ранения больные находятся в состоянии испуга, угнетения, подавленного самочувствия. В более тяжелых случаях (как, например, 1, 4, 6) больные находятся в состоянии шока. Состояние тяжелого шока, с которым больные поступают, обуславливается нередко также и сильным кровотечением из ладонных дуг (как, например, наш случай 6), так что при поступлении больного в лечебное заведение необходимо прежде всего ликвидировать явление шока. Я не буду подробно останавливаться на вопросе о борьбе с шоком, укажу только, что согревание больного, физиологический раствор и морфий (у взрослых) позволяли в наших случаях больным прекрасно справиться с шоком. В более тяжелых случаях показано переливание крови. Имея в виду то обстоятельство, что в большинстве наших случаев больные нашли капсюль в загрязненной земле, а также принимая во внимание загрязненный вид ран, мы всем нашим больным вводили противостолбнячную сыворотку и рекомендуем это введение антитоксина профилактически проводить у всех больных с капсюльными ранениями. Необходимо помнить, что отрывные ранения вообще, а ручной кисти в частности, весьма склонны к инфекции, на это обстоятельство обращают внимание все авторы (Опокин, Вреден, Эттинген), так что первичная обработка раны в первые часы после ранения нам представляется обязательной в каждом случае капсюльного ранения; эта первичная обработка в значительной мере сокращает время болезни, ускоряет заживление. Первичная обработка при капсюльных ранениях должна быть главным образом корректирующей, так как необходимо принимать во внимание функциональное значение кисти. Исходя из этих соображений, важно беречь каждую часть поврежденного пальца насколько это возможно. Почти во всех руководствах военно-полевой хирургии мы встречаем указания на необходимость строгого консерватизма в деле лечения огнестрельных ранений пальцев со ссылками на хорошие результаты, полученные при этом. Только полное разможнение мягких тканей и главных кровеносных сосудов или же наступившая гнилостная инфекция побуждают нас прибегнуть к ампутации. Мы в большинстве наших случаев сейчас же по остановке кровотечения делали туалет ран (удаления всех омертвевших и разможенных участков) и клали повязки с антисептической жидкостью. Особенно хорошие результаты мы могли отметить от применения риваноля, а также от жидкости Сапезко (1/4% раствора иода в 30° алкоголе)—раны быстро очищаются и покрываются сочными грануляциями. В заключение мы отметим, что для наложения повязки самым целе-

сообразным является полусогнутое в кулак положение руки, для чего мы клали на ладонную поверхность марлевый ком, над которым и сгибали оставшиеся пальцы и части их. При больших повреждениях руки обязательно укладывать конечность в шины.

Выводы. 1. При капсюльных ранениях наиболее тяжелые повреждения причиняются руке, фиксировавшей капсюль в момент взрыва, чем и объясняется то обстоятельство, что у взрослых поражается правая рука, а у детей—левая рука. Повреждения, в зависимости от положения человека в момент взрыва, могут захватить кожу груди, живота (при сидении на корточках), а также головы и лица (главным образом при близком рассмотрении капсюля).

2. При лечении капсюльных ранений необходимо стремиться к сохранению функции кисти, почему первичная обработка раны должна быть главным образом коррегирующей (наибольший консерватизм). Ванны, повязки с риванолом или жидкостью Сапелко в значительной мере ускоряют заживление.

3. Во всех случаях капсюльных ранений необходимо профилактическое введение противостолбнячной сыворотки.

Из рентген-диагностического отделения клиники (зав. проф. Н. М. Безчиная) Украинского центрального рентгено-радиологического и Онкологического института им. В. Я. Чубаря (директор проф. Г. И. Хармандарьян).

О клинико-рентгенологической картине актиномикоза легких.

Я. Ф. Левин и Д. А. Гриневич.

Актиномикоз легких—это сравнительно редкое заболевание, представляет интерес и привлекает наше внимание с точки зрения дифференциальной диагностики. Из-за отсутствия типической клинической картины это заболевание большей частью не распознается.

По статистике Рютимайера на актиномикоз легких приходится 20% всех случаев актиномикоза у человека, по Френкелю 12—15%, Неске—14—16%.

По материалам нашего Института, на 57 случаев актиномикоза различной локализации, легкие были поражены в 12 случаях, что составляет 21%.

При актиномикозе легких различают 3 формы поражения. Первичная—те случаи, где зародыш лучистого грибка проникает в легкие через дыхательные пути; вторичная—случаи, где поражение легких является результатом перехода процесса per continuitatem с соседних органов, и третичная—где поражение легких происходит метастатически, главным образом гематогенным путем.

На нашем материале первичную форму мы наблюдали в 7 случаях, в 4 случаях—вторичную и в 1 случае—метастатическую.