

синьки, триафлавина, также хинина и слабительных, не получил полного исчезновения лямблий. Беляев после применения салварсана, эметина, хинина заключает о безуспешности лечения лямблиоза. Другие авторы оказались счастливее. Хорошие результаты получил ряд авторов от неосальварсана (Helsenreich u. Satke, Mariano, Dietel, Кузнецова и др.), от эметина (Savolin, Winkler), ртути (Gray), bism. salicylicum (Mac-Loun a. Sahorsky). Помимо этого, рекомендуют еще trepasol, stovarsol, spirozid, бетанафтол, тетрачлоруглерод и др. В последнее время большой известностью пользуется в Германии Jatren 105. Интерес в лечебном отношении представляет также osarsol. В нашем случае последние препараты не применялись, т. к. их не было в нашем распоряжении.

Вначале б-ной применялась неспецифическая терапия в виде припарок на печень, частых дуоденальных промываний сернокислой магнезией (всего сделано 22 промывания), минеральной воды, слабительных. Б-ная получала также хинин и bism. salicyl. Через месяц после такого лечения у б-ной исчезли совершенно лямблии при микроскопическом повторном исследовании желчи. Изменился также и макроскопический вид желчи: вместо нежных, коротких хлопьев, появились густые хлопья характера слизисто-гнойной мути. Увеличилось количество лейкоцитов, что отмечается в литературе как признак усиленной деятельности макрофагов в борьбе с лямблиями. Общее состояние б-ной также значительно улучшилось—рвота совершенно прекратилась, боли стали незначительными, печень уменьшилась, б-ная поправилась в весе, увеличились цифры гемоглобина.

Но исследование б-ной дуоденальным зондом через 3 недели после первого эффекта обнаружило вновь наличие лямблий. Б-ная вновь поступила в клинику. Было применено лечение неосальварсаном с последующими дуоденальными промываниями. После 6 инъекций (дозы 0.15, 0.3, 0.45) лямблии и цисты вновь исчезли при повторном исследовании. Через 3—4 недели произведенные контрольные исследования вновь обнаружили лямблии. Общее самочувствие б-ной остается хорошим и по настоящее время. Это терапевтическое влияние отмечается рядом авторов отмечается уменьшение числа и подвижности лямблий, но стойкость этих простейших и трудность терапевтического воздействия на них очевидна.

---

Из Факультетской терапевтической клиники Астраханского гос. медиц. ин-та.

## Лечение инфекционных колитов.

Профессора **И. В. Мурашева.**

Огромный интерес, уделяемый в настоящее время колитам вообще и лечению их в частности, побуждает меня поделиться методами, которыми я пользуюсь много лет и с большим успехом при лечении колитов инфекционного происхождения, куда относятся колиты, обусловленные инфекцией самого разнообразного характера: или попадающей в кишечник извне, как напр., amoeba dysenteriae Councilman et Laflour s. entamoeba histolytica Schaudinn, bac. dysenteriae Schiga-Kru-

se s. bacterium dysenteriae Migula, bac. Flexner'a, bac. His-Roussel'я, bac. Strong'a, псевдодизентерийные палочки, или развивающейся за счет усилившихся в вирулентности завсегдаев кишечника, напр., *b. coli*, *b. proteus*, стрептококки и т. д., или, наконец, колиты, как осложнение при других инфекционных болезнях, напр., при брюшном тифе, кори, гриппе и проч., причем все эти формы колитов настолько сходны между собою, что невозможно различить их друг от друга ни по клиническим признакам, ни по течению: могут быть легкие и тяжелые случаи, острые и хронические независимо от их происхождения; одна и та же симптоматология сводится к явлениям местного и общего характера; в последнем случае, как следствие общей интоксикации организма всосавшимися из кишечника продуктами жизнедеятельности кишечной флоры (лихорадочное состояние, обложенный язык, головные боли, общая разбитость, затемнение сознания, судороги, упадок деятельности сердца и т. д.); что касается симптомов местного происхождения, то они сводятся к коликообразным болям в животе, учащенному позыву на низ, тенезмам, выделению крови и слизи, как выражение интоксикации слизистой толстой и прямой кишки, обусловленной той же кишечной флорой. Вот все эти симптомы во всей своей совокупности и сущности и ложатся в основу хода и направления мысли врача у постели больного. Приходится подумать, как вполне резонно заявляет Г. И. Ивашенцев<sup>1)</sup>, об уничтожении и выведении инфекционного начала, нейтрализации и выведении токсинов, предупреждении и лечении тяжелых поражений слизистой толстой кишки. Всем этим условиям и удовлетворяет наилучшим образом проводимый нами метод лечения. Специфическое лечение колитов при современном состоянии наших знаний отходит на задний план.

После введения Rogers'ом в практику *emetin'a*, вопрос о лечении амёбной дизентерии решается в положительном смысле: *emetinum muriaticum* в 1% растворе подкожно является весьма действительным средством против указанной формы дизентерии. Опыт нашей клиники вполне совпадает с только что приведенным заключением. Мы применяем подкожно 1% *sol. emetini muriatici*, начиная с 1 куб. сант. *pro die* и постепенно повышая дозу до 5 куб. сант. в 2—3 приема; количество всех вырыскиваний доводим при надобности до 30 без каких либо осложнений вообще.

Кроме того, при лечении амёбной дизентерии мы применяем с достаточным успехом глубокие клизмы в 50°C. из раствора 1:1000—1500 метиленовой синьки один раз в сутки, исходя из того расчета, что *methylenblau*, являясь достаточно энергичным средством против малярийного паразита, относящегося к *protozoa*, как и амёба дизентерии, не может не оказаться полезным и при данном заболевании. Значение высокой температуры клизм будет выяснено ниже. Клинические наблюдения за действием указанного средства, назначаемого обыкновенно после предварительной очистки кишечника каломелем и при соблюдении соответствующей диеты, о чем ниже, вел д-р И. Г. Щеколдин, и в 1924 году результаты своих наблюдений с приведением историй болезни доложил в научном О-ве клинической и теоретической медицины г. Астрахани. Благоприятное действие указанного средства выражается в успокоении болей, в прекращении позывов на низ, оформлении стула и постепен-

ном исчезновении амёб, причем улучшение самочувствия больных проявляется с первых же клизм. В случаях с образованием изъязвлений в кишечнике дело идет менее успешно, и вполне понятно: амёбы уходят глубоко в подслизистую ткань и не поддаются таким образом непосредственному воздействию на них синьки. В этих случаях без дополнительного лечения emetin'ом не обойтись.

Противодизентерийные сыворотки—моновалентные и поливалентные, а равно и вакцинации по разным методам не оправдали себя у постели больных бациллярной формой дизентерии. Поэтому лечение последней проводится теми же способами, что и при прочих колитах инфекционного происхождения.

В свое время Г. А. Захарьин<sup>2)</sup> отметил выдающееся действие каломеля при дизентерии, что было подтверждено потом наблюдениями целого ряда клиницистов (Н. Ф. Голубов, Н. Ф. Филатов, R. Stern, Mannaberg, Albu, Scheube, Plehn, Iochmann и мн. друг.), причем, помимо механической очистки кишечника, R. Stern<sup>3)</sup> благоприятное действие каломеля объясняет задерживающим его влиянием на развитие бактерий кишечника. Опыты Scotti<sup>4)</sup> и Wang'a<sup>4)</sup> подтверждают точку зрения Stern'a. Эти авторы нашли, что calomel и magisterium bismuthi сильно уменьшают образование индола, тогда как другие дезинфицирующие средства (салол и проч.) не имеют такого влияния. Лично я, при назначении каломеля, наблюдал блестящие результаты, в некоторых случаях граничащие с абортивным действием, в особенности, когда назначение совпадало с первыми днями болезни.

Кроме того, при колитах находят широкое применение глубокие клизмы самого разнообразного состава и между прочим солевые 0,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> или физиологические. Эти клизмы, по заявлению Н. Ф. Филатова<sup>5)</sup>, в случаях не особенно тяжелых действуют обрывающим образом. Их эффектное действие я впервые наблюдал в 1917 году у постели 3-летней девочки Ирины М-ой, потерявшей уже сознание и лежавшей в судорогах: эти солевые клизмы в полном смысле слова вернули ребенку жизнь. Понять действие их нетрудно. При промывании толстых кишек выводятся наружу инфекционные начала и продукты их жизнедеятельности, гниющие каловые массы, обрывки отторгнутой слизистой оболочки, бродильные начала, придающие кислую реакцию содержимому кишечника, вызывая тем раздражение слизистой последнего, кровь, слизь и проч., и тем проводится наилучшим образом туалет толстой кишки, чем устанавливаются благоприятные условия для заживления последней и низводится к minimum'у общая интоксикация. Кроме того, поваренная соль разжижает вязкую слизь, облегающую слизистую кишки, что также не может не отразиться на восстановлении нормальной функции последней. Впрочем, в указанном направлении двууглекислый натр может значительно усилить действие поваренной соли, почему я им и пользуюсь в своей практике, добавляя его к солевым клизмам в 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворе; к тому же устанавливается щелочная реакция в кишечнике, присущая ему в норме, и эта нейтрализация продуктов кислого брожения в кишечнике не может не отразиться на течении болезни в благоприятном направлении. Мало того, поваренная соль, всасываясь слизистой оболочкой, способствует также остановке кровотечения—факт общеизвестный, которому уделял особое внимание von d. Velden<sup>6)</sup>. Для солевых клизм

я беру или физиологический раствор поваренной соли или даже гипертонический (0,75—1,0 ad 1000,0).

Против болей в животе рекомендуются горячие клизмы (40°—45°С). В своей практике температуру клизм я довожу до 50°С. с большой пользой для дела. Sick <sup>7)</sup> утверждает, что и 60°С. не причиняет вреда, хотя и вызывает неприятные ощущения. Однако, едва ли рационально повышать температуру за 50°С., так как 54-градусная вода при действии уже в течение 3 минут вызывает резко выраженное воспаление тканей, граничащее с частичным омертвением, как это показали для кожи Samuel<sup>8)</sup>, Мурашев<sup>9)</sup>. Помимо болеутоляющего эффекта горячая вода оказывает и другие благоприятные стороны действия: на общее состояние тем, что, быстро всасываясь, понижает токсэмию, вызывая диурез и потение; местно выявляет себя, как энергичное кровоостанавливающее средство (В. Ф. Снегирев<sup>10)</sup>, Sick <sup>7)</sup> и друг.); наконец, „для большинства микрофитов патогенных (в их вегетативном состоянии), говорит Габричевский<sup>11)</sup>, температура 45°С. является вредной“. Таким образом вода 50°С., несомненно, значительно ослабляет, если не убивает, флору кишечника, а это—факт колоссальной важности в деле лечения колитов, как выяснено выше. Итак, в конечном итоге мы видим, что горячие солено-щелочные глубокие клизмы являются вполне научно-обоснованным и весьма энергичным мероприятием в борьбе с колитами. Следовательно огульное и категорическое заявление проф. В. О. Мочана<sup>12)</sup>, что „клизмы при лечении колитов не нужны и вредны“ не соответствует действительности и весьма субъективно, что становится вполне понятным, если принять во внимание несомненное увлечение автора мероприятиями чисто диетического характера при лечении колитов. Конечно, разговор может идти только о сорте клизм и о способе их применения, не более того. Резюмируем все вышесказанное (за исключением амёбной дизентерии).

Итак, при острых и хронических колитах инфекционного происхождения мы, назначаем прежде всего каломель: Rp: Calomelas 0,05—0,1—0,15, Sacchari albi 0,2. По 1 пор. через 2 часа до послабления зеленью. Одновременно назначается полоскание рта 2% раствором бертолетовой соли после каждого приема каломеля. При отсутствии действия каломеля после десятого порошка, спустя 2 часа больному дается или 2 столовых ложки ol. ricini, или 2 столовых ложки средних солей (Rp: Magnes. sulfuric., Natrii sulfuric. ana). Со следующего дня переходим к назначению глубоких (со специальным длинным резиновым наконечником или нелютоневским катетером крупного калибра, обильно смазав их вазелином) соленощелочных клизм из 6 стаканов отварной воды 50°С. с прибавкой 3 чайных ложек поваренной соли и 6 чайных ложек двууглекислого натра, сначала 2 раза в день—утром и вечером, а затем с улучшением общего состояния только на ночь, потом через день, через два и т. д., причем рекомендуем клизму удерживать возможно дольше. Одновременно назначается тепло на живот (согревающий компресс, грелки и проч.). Диета—молочная (чай, чай с молоком, молоко, простокваша, рисовая или манная каша, кисели, особенно из черники) первые дни, а затем переходим постепенно на общий стол, руководясь состоянием кишечника. Внутрь дается magisterium bismuthi по 1 чайной ложке 3 раза в день за 1/2 часа до еды с 1/2-стаканом теплых Эссендуков

№ 4 или № 17 в зависимости от конституции больного и состояния его питания.

Описанным способом лечения колитов инфекционного происхождения я пользуюсь уже много лет и всегда с одними и теми же отчетливыми блестящими результатами, не дающими повода искать лучшего.

*Литература:* 1) Г. И. Ивашенцев. Кл. м. 1927, 2. 71—85. Цит. по Центр. мед. журн. Т. 1.—2) Г. А. Захарьин. Клинические лекции.—3) H. Nothnagel. Spezielle Pathologie und Therapie. Wien, 1903. Bd. XVII, S. 30.—4) Б. И. Словцов. Уросемиология. 1910, стр. 115—5) Н. Ф. Филатов. Клинические лекции. 1902. Вып. II—6) Von d. Velden. Deut. med. Woch. 1909, № 5.—7) Sick, Fortschr. d. Therapie 1925, № 18.—8) Samuel. Virch. Arch. Bd. 122, S. 273.—9) И. В. Мурашев. Изменение механических свойств кожи в начальных стадиях воспаления. Диссертация. Москва. 1902.—10) В. Ф. Снегирев. Маточные кровотечения. 1895.—11) Г. Габричевский. Медицинская бактериология. 1909, стр. 20.—12) В. О. Мочан. Вестник совр. медиц. 1928, № 19.

---

Хирургическая пропедевтическая клиника Саратовского гос. университета. (Дир. проф. В. И. Разумовский).

## Остеопластическая операция по Красину при раке языка.

Ассистенты **Н. Н. Назаров** и **М. Н. Кушева**.

Остеопластическая операция по Красину при раке языка, описанная автором впервые в 1922 г., до сих пор не имеет широкой клинической проверки. Между тем способ Красина заслуживает полного внимания, и мы решаемся пропагандировать его на основании своего, хотя и небольшого опыта. Прежде два слова о раке языка вообще.

Одним из выносливых органов человеческого тела по отношению к заболеваниям является язык. Если принять во внимание, что язык подвергается ежедневно различного рода травмам и не так уже часто заболевает, то становится очевидной его особенная выносливость. Огромная подвижность языка, богатство кровеносными и лимфатическими сосудами, обильно омывающими его клеточные элементы и ткани, являются теми важными факторами, которые спасают язык от частых заболеваний. В практике особенно важна рациональная борьба с злокачественными опухолями языка, из которых cancer linguae является наиболее важной клинической формой. Большие статистики показывают, что рак языка встречается в 2% всех раков. На 1000 раковых мужчин приходится только 21 большой раком языка по Кюттнеру, а у женщин рак языка встречается еще реже. Следует помнить, что язык поражается наиболее злокачественной формой рака (cancer keratodes), дающей быстрое заражение лимфатической системы, почему и наблюдаются после операции удаления рака языка местные рецидивы. Только ранняя диагностика и радикальная ранняя операция могут спасти больного.

В настоящем сообщении нас интересует главным образом вопрос о хирургических доступах к языку, каковыми с наибольшим удобством можно было бы пользоваться при показаниях к ампутации языка по поводу ракового поражения. В разработке методов оперативного вмешательства на языке, как известно, огромное значение имеет та сторона