

двух рядом стоящих пробирок в штативе— $2\frac{1}{2}$  см. Эти контакты-прерыватели размыкаются попеременно скользящим контактом.

При замыкании тока часовой стрелкой мотор передвигает штатив с пробирками на  $2\frac{1}{2}$  см. В этот момент скользящий контакт прерывает ток первого ряда, соскальзывая на контакт-прерыватель 2-го ряда, который в свою очередь замыкается часовой стрелкой через следующие 15 минут.

При помощи станка „конвейера“ значительно уточняется и облегчается постановка опытов, создавая значительные преимущества перед обычно применяющейся методикой.

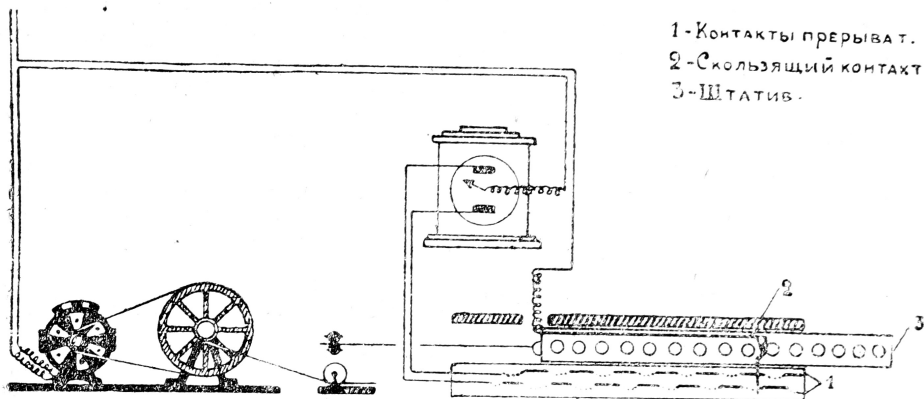


Рис. 2.

#### Применение станка „конвейера“.

- 1) дает возможность вести наблюдение одновременно над несколькими животными;
- 2) устраняет целый ряд моментов возбуждающих опытное животное;
- 3) автоматически точно регулирует время собирания отдельных порций сока;
- 4) устраняет необходимость переливания отдельных порций желудочного сока, из подвешенного сосуда в другой при условии применения градуированных пробирок;
- 5) облегчает работу экспериментатора, освобождая его от механической работы по собиранию отдельных порций сока и тем самым дает возможность более внимательного наблюдения за всеми животными во все время опыта.

Из Терапевтического отделения Златоустовской городской больницы им. Октябрьской Революции.

### Случай эритремии Вокеса.

Д-ра Н. А. Бачманова.

Больная Г., 44 лет, замужняя, жена рабочего механического завода, поступила в терапевтическое отделение Златоустовской городской больницы 10 марта 31 г. (история болезни № 1442) с жалобами на боли в левом боку, слабость, отсутствие аппетита и плохой сон. В декабре 1930 года больная упала на левый бок, был перелом одиннадцатого ребра, после этого стала замечать прогрессивно усиливающиеся боли в левом боку. До этого боли хотя и были, но не особенно сильные. Впервые боли появились полгода тому назад. Кроме того, больная отмечает своеобразную красноту лица и рук, особенно усиливающуюся, когда больная после мороза приходит в комнату или когда

возвращается из бани. Краснота появилась два года тому назад. Кровотечений больная не отмечает, но указывает, что достаточно малейшего ушиба, как у нее появляются кровоподтеки. Лечилась амбулаторно, без улучшений. Муж здоров. Имела 4 нормальных родов. Менструации с 15 лет, нормальны. Росла и развивалась правильно. Отец умер скоропостижно от порока сердца. Мать умерла после какого-то длительного заболевания. В 1921 году больная перенесла сыпной тиф.

*St. praes.* Телосложения правильного, питания удовлетворительного; кожа лица, шей и рук (кистей и отчасти предплечий) вишнево-красного цвета. На лице сильно развита венозная сеть. Слизистая мягкого неба резко гиперемирована, на коже правого предплечья два кровоподтека желто-бурого цвета, величиной в 2-копеечную монету. В области правой доли щитовидной железы имеется опухоль, величиною с большой грецкий орех. Со стороны легких ненормальностей не отмечается. Правая граница сердца—левый край грудины, верхняя—3 ребро, левая—на один поперечный палец кнаружи от соска. Сердечный толчок ограниченный, в 5 межреберья. Тоны чисты, 1-ый тон на верхушке хлопающий. Пульс 102 в 1 минуту, трудно сжимаем. Селезенка плотная, неболезненная, выстоит на 2 поперечных пальца. Печень плотна, выстоит на 2 поперечных пальца. Слизистая верхних дыхательных путей гиперемирована, капилляры расширены; истинные голосовые связки розового цвета, подвижность их хорошая. На обоих глазах резко увеличен калибр вен дна глаза, цвет их темнее обычного; вены извилисты. Сосок и сетчатка без изменений. Поле зрения норма. Острота зрения: правый глаз 0,7 с коррекцией 0,9, левый 0,5 с коррекцией 0,7; смешанный астигматизм на обоих глазах. Кровяное давление по Р.-Р.  $135/90$ . Время кровотока 2 минуты. РОЭ=6, Hb=131%, E=7,350000, Fi=0,89, L=11200, Миэл. 1,5%, юных 4,5%, палочковидных 4,5%, сегментированных 70,5%, лимфоцитов 12%, моноцитов 3,5%, базофилов 2,5%, клетки Тюрка 3 на 400. Полихроматофилия, анизотитоз. *Рентгеноскопия:* в легких очаговых изменений не имеется, значительно усилен рисунок обоих гиллюсов, а также легочной рисунок верхнего и среднего отделов левого легкого. Сердце—форма в виде неправильного треугольника, левая граница представляет прямую (без обычных разделений на отделы). Размер сердца—увеличенный левый желудочек. Пульсация левого контура медленная. Реакция Вассермана отрицательная. Моча буро-желтого цвета, мутная. Удельный вес 1024, реакция—кислая. Белок—сведы. Кровь, желчные пигменты, индикан—отсутствуют, уробилин—р. слабо-положительная. В осадке много клеток плоского эпителия; кристаллы щавелево-кислой извести, единичные лейкоциты. Со стороны нервной системы ненормальностей не отмечается: все виды чувствительности норма, рефлексy норма. Ашнер отрицателен. Температура субфебрильная.

Для лечения больной была применена рентгенотерапия, освещались преимущественно кости. 19/III Sternum 40 ст. Thd 4 MA, 0,5 cur+mAl, 120 kv. Доза  $1\frac{1}{4}$  H.—21/III. Верхняя часть левого бедра; техника та же.—24/III. Нижняя часть левого бедра; техника та же.—26/III. Верхняя половина правого бедра, нижняя часть правого бедра; техника та же. Боли в области селезенки держатся: Hb=130%, E=7120000, L=1:000, Fi=0,9, Эоз. 1,25%, Ю. 1,5%, П—2,75%, С—75,5, Л, 13%. Мон.—6%, клетки Тюрка 1:400.—31/III. Селезенка спереди—4 mAl 120 KV 2 H.—4/IV. Селезенка сзади  $1\frac{1}{2}$  H, при технике от 19/III.

Состояние больной без перемен, селезенка выстоит на 2 попереч. пальца, печень—на 3. Hb—130%, E—6000000, Fi—1,0, L—5800, Б.—1%, Миэл.—1%, Ю—4%, П—4%, С—77%, Л.—10%, Мон.—3%. 21/IV. Верхняя  $\frac{1}{3}$  лев. бедра  $3\frac{1}{2}$  H, 130 KV.—23/IV. Нижняя  $\frac{1}{3}$  левого бедра  $3\frac{1}{2}$  H.—25/IV. Верхняя  $\frac{1}{3}$  правого бедра, селезенка спереди 3,5 H.—2/V. Нижняя  $\frac{1}{3}$  левого бедра. Состояние больной то же. Hb—122%, E—6830000, L—7600, Fi—0,9, Эоз.—7%, Ю—1%, П—11%, С—56%, Л—20%, Мон.—5%.

27/VI. Боли в области селезенки держатся. Hb—127%, E—6490000, L—5200, Fi=0,98, РОЭ—7 м.м., Б.—1%, Эоз.—3%, Ю.—1%, П—4%, С—75%, Л—5%, Мон.—10%.

Всего было сделано больной 13 сеансов, максимальная доза  $3\frac{1}{2}$  H.

Со стороны красной крови сдвига почти не имеется, со стороны белой крови имеется уменьшение лейкоцитов и почти никаких изменений со стороны формулы крови. Больная продолжает лечение амбулаторно.

Ввиду малого эффекта от рентгенотерапии больной проведен курс впрыскиваний 10% *natri kakodilici*, что также не дало значительного эффекта. При амбулаторном обследовании больной 13/VII обнаружено: жалобы на боли в селезенке, краснота кожи лица, ушей и рук без перемен. Селезенка плотная, болезненная, выстоит на 3 поперечных пальца. Печень выстоит на 2 поперечных пальца, плотная, слегка болезненная. Со стороны крови имеется незначительное уменьшение количества гемоглобина и лейкопения. Hb—120%, E—6150000, Fi—0,99%, L—2000, B—1%, Эоз.—3%, J—1%, St.—5%, S—81%, L—5%, Мон.—4%. Больная продолжает быть под наблюдением.

Наш случай замечателен тем, что мы имеем в крови значительный сдвиг влево до миелоцитов, одновременное наличие зоба у больной и несвойственное данному заболеванию увеличение сердца влево. Сестра нашей больной страдает также зобом, но не имеет признаков полицистемии *tubra*. Больная демонстрирована на заседании научной ассоциации города Златоуста 30 июля 1931 года.

Из хирургического отделения Осташковской горбольницы.

## Случай желудочно-ободочного свища на почве послеоперационной пептической язвы тощей кишки.

Д-ра Б. В. Коржавина.

Затрагиваемый мною вопрос уже неоднократно дебатировался на страницах медицинской прессы с целью внести ясность в методику оперативного вмешательства при тяжелом осложнении такой сравнительно безопасной операции, как наложение желудочно-кишечного соустья при язве желудка и 12-ти перстной кишки.

Тяжесть оперативного вмешательства при ободочном свище, дающая до 60% смертности, наталкивает мысль хирурга на возможное упрощение такового. В ряде сообщений нашей и иностранной литературы бросается в глаза то обстоятельство, что резко отягчающим операцией моментом является резекция ободочной кишки, либо предпринимаемая с целью полного иссечения свища, либо вынуждаемая повреждением при операции сосудистой дуги брыжейки ободочной кишки. Длительность операции, неизбежно влекущая за собой погрешности в асептике, скверное заживление сшиваемых концов ободочной кишки, а также расстройство кровообращения последней дают недостаточность швов ободочной кишки и последующий перитонит, противостоять которому силы истощенного свищем больного, уже не могут. Поэтому казалось бы желательным всеми возможными мерами избежать резекции ободочной кишки и повреждения сосудов *mesocolonis*. Следует учитывать то обстоятельство, что язва желудка и 12-типерстной к., ради которой была предпринята первая операция, и послеоперационная язва тощей кишки к моменту второй операции по поводу ободочного свища обычно уже зажили, обстоятельство казалось бы парадоксальное, т. е. кислое желудочное содержимое омывает такие отделы кишечника, которые к нему совсем не привыкли, но имеющие значение в смысле возможности широкого вмешательства на стенках желудка и тощей кишки. Исследование подобных препаратов показывает непосредственный переход здоровой слизистой желудка через свищ на тощую и ободочную кишку без всяких язвлений последних. Ввиду вышеизложенного мне представляется рациональным методику операций по поводу ободочного свища вести с расчетом избежать резекции ободочной кишки, иллюстрацией чему является приводимый ниже случай, оперированный мною в Осташковской городской больнице.

И. Г. 33 лет, рабочий-штукатур, был оперирован в Осташковской больнице в 1924 году по поводу язвы 12-типерстной к., где ему было наложено заднее желудочно-кишечное соустье (д-р Никольский). Операция дала облегчение лишь на один год, после чего вновь появились боли под ложечкой, изжога и рвота. В 1926 году в Тверской губ. больнице у больного был распознан аппендицит и иссечен червеобразный отросток, что облегчения больному не доставило. В октябре 1930 года у больного появилась отрыжка жидкостью с ка-