

28/V. Операция под эфирным наркозом. При вскрытии брюшной полости обнаружена инвагинация всей восходящей толстой кишки с частью тонкой в поперечную ободочную кишку. Инвагинацию с большим трудом удалось расправить, после чего в слепой кишке ясно стала прощупываться плотная круглая опухоль. Интересно отметить, что стояло только выпустить из рук слепую кишку, как она, на глазах, вновь пачинала инвагинироваться. Большой сделана илео-цекальная резекция, прямым толстая кишка удалена до печеночного угла, с последующим наложением бокового кишечного соустья. Брюшная полость закрыта наглухо. Послеоперационный период без особенностей.

Микроскопическое исследование опухоли, произведенное Тамбовским бакт.-институтом, дало картину саркомы colloidales.

Большая в настоящее время поправилась, исполняет домашние работы, недавно являлась в амбулаторию для осмотра.

Итак, интерес нашего случая заключается в том, что мы имеем хроническую, в течение полугода прогрессирующую, илео-цекальную инвагинацию.

Из практики применения марганцево-кислого калия при ожогах.

В. В. Гольмберг.

Исходя из указаний моего глубокоуважаемого учителя проф. Г. Я. Гуревича на благотворное действие 5% раствора марганцево-кислого калия при ожогах, пролежнях и некоторых других глубоких поражениях кожи, я еще студентом во время летней практики в 1927 г. начал систематически применять это средство среди рабочих кирпичного завода, где больные с ожогами встречались чаще, чем в других амбулаториях.

14 больных с ожогами, бывших под моим наблюдением, можно разбить на две группы, резко отличающиеся по характеру поражений, в связи с примененным способом лечения. К первой группе, из 7 человек, относятся больные, обратившиеся в амбулаторию через некоторый, иногда весьма значительный срок после ожога. Некоторые из них не лечились вовсе или лечились собственными средствами, другие были лечены моей предшественницей — фельдшершей, третьи посещали соседнюю участковую больницу. Все они поступили под мое наблюдение с мокнущими изъязвленными, обильно смазанными кероформенной мазью или Лассаровой пастой. Такие изъязвленные ожоги заживали не раньше 10 дней, а иногда тянулись до 4-х с лишним месяцев. Помимо длительного течения и очень вялой склонности к заживлению, эти изъязвленные ожоги причиняли больным постоянное беспокойство, вынуждали их часто прибегать к медицинской помощи, а в некоторых случаях, в силу особенностей локализации, надолго отрывали от работы, что для рабочих, а равно и страховых органов, имеет, конечно, громадное значение. Так напр., в одном случае ожог стопы был осложнен развившейся в окружности экземой, которая лишила больного целого рабочего сезона и довела его до крайне тяжелого морального состояния. Все эти случаи вследствие своей запущенности не могли быть лечены раствором перекиси марганца и подвергались и далее обычному лечению мазями, результаты которого, как видно из приведенных случаев, оставляют желать лучшего. Эти случаи, являясь обычными, могут быть противопоставлены леченым перекисью марганца.

1) Ист. бол. № 5. Ар-н А. Е. обратилась в амбулаторию 5/V через 6—7 дней после ожога, с мокнущим изъязвлением в области левого предплечья, величиной в медный пятак, развившимся на месте пузыря. Ожог горячим металлом, второй степени, был вначале смазан постным маслом. Развившееся на месте его гноящееся изъязвление промыто раствором перекиси водорода и наложена повязка с Лассаровой пастой. Последняя перевязка через 19 дней после ожога.

2) Ист. бол. № 9. Мар-н В. Н. Обратился в амбулаторию через 3 дня после ожога 2-й степени кирпичем, с мокнущим изъязвлением в области левого предплечья. Повязка с Лассаровой пастой; последняя перевязка на 17 день после ожога.

3) Ист. бол. № 79. Пгн-в Е. И. 10/V большой опрокинул себе на ногу чайник с кипятком. Немедленно был отравлен в больницу, где ему была наложена повязка с кероформенной мазью. Ожог 2-й степени по всей тыльной поверхности

правой стопы и нижней трети передней поверхности голени. 23/VII больной обратился в амбулаторию с картиной мокнущих изъязвлений, покрывших всю поверхность ожога и даже сползающих на части, по подвергшиеся ожогу. 26/VIII экзематозное поражение почти всей нижней конечности до колена. 13/IX, когда я встретил больного в ВВК, на мой вопрос о состоянии его ноги, он только безнадежно махнул рукой.

4) Ист. бол. № 166. Чеч-и В. И. Обратился за помощью 9/VIII с обширным мокнущим изъязвлением кисти правой руки, развившимся на месте ожога кирпичем около 10 дней назад. Был лечен ксероформенной мазью. Последние перевязки через 3 недели после ожога.

Другая группа, состоящая также из 7 человек, отличается от предыдущей прежде всего тем, что больные обратились в амбулаторию или непосредственно, или в течение ближайших часов после ожога. Это обстоятельство отразилось как на характере течения, так, повидному, и на течении ожогов и продолжительности лечения. Во всех этих случаях было применено смазывание обожженных мест концентрированным раствором марганцево-кислого калия при помощи ватного тампона. Смазывание производилось до тех пор, пока пораженные места не приобретали интенсивно-коричневую, почти черную окраску. При более сильных степенях ожога больные снабжались приготовленным раствором и им предлагалось повторять смазывание 3—4 раза в день. Уже в самый момент смазывания больные отмечали ослабление боли и чувства напряжения, свойственного обожженным местам. На основании данных, сообщенных проф. Г. Я. Гуревичем, немедленное применение этого способа лечения предотвращает образование пузырей, а пузыри, уже образовавшиеся, после смазываний исчезают. Интересным обстоятельством является зависимость интенсивности окраски от интенсивности ожога; места, обожженные сильнее, окрашены почти в черный цвет, обожженные слабее — окрашены светлее. Обожженная кожа держит окраску гораздо дольше, чем здоровая. Повидному, данное обстоятельство зависит от большей восстановительной способности обожженной ткани по сравнению с нормальной. Через несколько дней места, подвергшиеся ожогу и смазанные раствором марганцево-кислого калия, теряют свою окраску, и кожа выглядит здоровой, причем на ней происходит шелушение. Места, на которых были пузыри, на 7—8 день теряют омертвевший эпителий некими пластами, под которыми обнаруживается совершенно здоровая молодая кожа. Ни разу мною не наблюдалось случаев затяжного, осложненного течения, как в первой группе. Ни одного случая изъязвления, ни одного случая, превышающего в своем течении неделю, а обычно меньше. Примеры:

1) Ист. бол. № 50. Бук-в Г. А. 18/VII больной обжег себе правую ладонь кирпичем. Ожог 1-й степени. Немедленно обратился в амбулаторию и был подвергнут лечению концент. раствором марганцево-кислого калия. Больные в амбулаторию не являлся. Впоследствии сообщил, что выздоровление было быстрое и гладкое.

2) Ист. бол. № 78. Сег-ва Д. И. 22/VII больная обожгла правое предплечье паром. Ожог 2-й степени, пузырь величиной с медный пятак. Немедленно обратилась в амбулаторию и была лечена концент. раствором марганцево-кислого калия. Через 2 дня явления воспаления утихли; пузыря нет; отмечает небольшой зуд. Смазывание повторено. Гладкое заживление.

3) Ист. бол. № 97. Кр-ов И. Г. 28/VII обратился в амбулаторию непосредственно вслед за ожогом горячим воздухом значительной части спины, плеч, шеи. Рубашка в нескольких местах прогорела, домагется и легко рвется. Между лопатками и ниже несколько пузырей, величиной от серебряного гривенника до рубля, один пузырь величиной в ладонь больного. Немедленно вся обожженная поверхность вымазана концент. раствором марганцево-кислого калия, причем больной тут же отметил уменьшение болезненных ощущений. Больному дан готовый раствор с наставлением мазать 3—4 раза в день. Больше в амбулаторию не являлся. Через несколько дней был розыскан на работе; пузыри всосались, жалоб нет.

4) Ист. бол. № 176. Мис-в П. П. 10/VIII опрокинул себе на ногу миску с горячим супом. Ожог тыла стопы 1 и 2 степени. Немедленно обратился в амбулаторию и подвергся тому же способу лечения; боли прекратились, пузыри исчезли. Через 5 дней посетил амбулаторию с просьбой обрезать отслоившиеся лоскуты эпидермиса на месте бывших пузырей.

Повидному, результаты говорят сами за себя; нужно только добавить, что лечению раствором марганцево-кислого калия с одинаковым успехом поддаются случаи ожогов: раскаленными металлами, горячим воздухом, паром, горячими жидкостями и т. п. Ожоги не только первой и второй, но и третьей степени излечи-

ваются с неизменным успехом, если на обожженной поверхности нет потеря вещества. При дефектах эпителиального покрова растворы сильной концентрации действуют уже прижигающе и вызывают значительную боль, а потому лучше применять более слабые растворы, напр., 0,5%--1%, которые вызывают скоропроходящее ощущение жжения, а затем содействуют образованию безболезненного прочного струпа. Кристаллы же марганцево-кислого калия, по наблюдению проф. Г. Я. Гуревича, попадая случайно на кожу, особенно лишевую рогового слоя, производят уже некроз и язвы. В общем полученные мною результаты вполне соответствуют данным, приведенным в статье проф. Г. Я. Гуревича¹⁾, я, как мне известно, совпадают с тем, что получали товарищи, применявшие тот же способ лечения ожогов. Резюмируя имеющиеся наблюдения, нужно признать, что концентрированный раствор марганцево-кислого калия, по достигаемому им эффекту в быстроте излечения, бесспорно является, в случаях незапущенных и несложных ожогов, чрезвычайно радикальным средством, наиболее доступным в любой обстановке.

Из физиотерапевтического отделения и невропсихо-диспансера Брянской поликлиники.

Опыт применения лампы Jesionek'a при лечении эпилепсии.

В. А. Лукашева.

Тяжелое положение эпилептика в отсутствие до сих пор надежных средств для его лечения побуждало меня применять при эпилепсии физиометоды, из которых мое внимание остановилось на облучении лампой Jesionek'a. Под моим наблюдением было 25 больных, из них 10 человек находятся под моим наблюдением в течение двух лет; они совершенно не имеют припадков, чувствуют себя хорошо. Остальные 15 б-ых имеют припадки, но несравненно слабее и реже, чем раньше. Все они работоспособны.

Техника: больные получали общее облучение ртутно-кварцевой лампой Jesionek'a, работающей от переменного тока в 220 вольт. Курс облучения состоял из 20 сеансов, производившихся через день. Глаза больного от сильно раздражающего действия кварцевого света защищались очками. Освещение производилось попеременно спереди и сзади, дозировка производилась по расстоянию горелки от кожи и по времени: начальное освещение с расстояния одного метра в продолжение 5 минут, а затем постепенно расстояние уменьшалось до 50 см, а продолжительность до 20 минут.

Всем б-ым как перед началом курса лечения, так середине его и в конце производились анализы крови по WR, общий морфологический состав крови, оседание эритроцитов и анализ мочи. Режим больного обычный.

Приведем вкратце истории болезней некоторых б-ых.

Наблюдение 1-ое. Б-ой В-ин С. Т., 16 лет, учащийся, и. б. № 6158. Припадки с судорогами, прикусыванием языка, пеной у рта. Первый припадок 6 лет тому назад, припадки повторяются 1—2 раза в месяц.

В 10 летнем возрасте был перелом левого бедра, после которого развился остеомиелит. Питание понижено. В верхушках легких удлиненные выдохи. Моча N. WR отрицательна. Параличей, парезов нет. Психика: рассеян, апатичен, капризен.

¹⁾ Медицинская газета, 1922, № 1.