

К замечанию Ф. К. Кесселя. „Хлороформный наркоз или токсикоз с биохимической точки зрения“.

М. А. Нимцовицкая и С. М. Шварц.

В нашей работе по изучению биохимических изменений крови при хлороформном и эфирном наркозах¹⁾ указывается, что липолитический фермент дает в следующие за хлороформным наркозом дни значительное нарастание. Как видно из табл. № 3 липаза дает в части случаев максимум нарастания через сутки после наркоза, в большинстве случаев липфермент продолжает давать нарастание и через 48 часов (такую же картину дали упомянутые в тексте кролики № 23, В и С).

Из таблиц и текста видно, что мы исследовали кровь у опытных животных через каждые 24 часа. Почасовое взятие крови в наших опытах (мы экспериментировали в отличие от Кесселя не на собаках, а на кроликах) было невозможно, особенно если учесть, что помимо липфермента мы вели наблюдения за каталазой, морфологией крови, а у некоторых кроликов и за комплементом крови (частые кровопускания влияли бы на результат).

Поэтому нам непонятно замечание д-ра Кесселя, что „авторы, исследуя, повидимому, только через 3 часа, и 24 часа после наркоза неправильно истолковали время появления замечаемого ими максимума эффекта“. Мы, работая с кроликами, не имели возможности (да и не ставили себе задачей) ежечасно исследовать кровь и, исследуя через сутки после наркоза, отметили значительное нарастание липазы. Это ведь несколько не идет в разрез с наблюдением Кесселя, что нарастание липазы при почасовом исследовании отмечается уже через 4—5 часов после наркоза.

Дальше д-р Кессель отмечает что „к концу вторых суток наблюдается незначительное ослабление повышенного эффекта, что также немного противоречит данным авторам“. И мы в некоторых случаях имели небольшое снижение липазы к концу вторых суток, но в большинстве опытов мы отметили дальнейшее нарастание (кр. № 22, 8, В, 23). Да и в опытах д-ра Кесселя²⁾ (см. табл. № 1): у б. Клавдии П-вой, подвергавшейся хлороф. наркозу, липаза дает через 8 часов нарастание до 81 (с 62), через 24 ч.—нарастание до 91, держится на этом уровне через 48 ч., давая снижение только на третьи сутки; у Захара П-ва липаза через 8 ч. после наркоза не дала никаких изменений (72 и 72), через 24 ч. отмечено нарастание до 88 и через 48 ч.—отмечено хоть небольшое, но нарастание (90); только на третьи сутки начинается медленное снижение количества липазы (выравнивается на 6-ой день).

Д-р Кессель пишет, что кролики плохо переносят хлороформный наркоз. Мы тоже указывали, что при обычном методе наркоза они часто погибают, но мы подвергали их наркозу в газовой камере. При этом способе наркотизирования даже продолжительный и глубокий наркоз переносится удовлетворительно.

¹⁾ Казанский медицинский журнал, № 7—8, 1929 г.

²⁾ Журнал экспер. биологии и медицины, 1926 г., № 5.

Говоря о происхождении липазы, мы указывали, что считаем наиболее вероятной теорию Оррпнгеймера (липфермент является продуктом разных органов, но часть его происходит из кровяных телец). Не отрицая возможности увеличения липазы крови после наркоза вследствие вымывания ее из органов, мы, тем не менее, не можем считать это единственным объяснением изменения липазы.

Вполне соглашаясь с д-ром Кесселем, что о хлороформном наркозе можно говорить как о токсикозе, мы не можем согласиться с его утверждением, что жировое перерождение органов после наркоза объясняется исключительно вымыванием липазы из этих органов. Нам кажется, что это гораздо более сложный биологический процесс и навряд ли можно этим одним объяснить жировое перерождение.

Если у автора нет каких-либо дополнительных доказательств, то это есть чисто умозрительное заключение и мы бы не рискнули это утверждать в такой категорической форме, как это делает д-р Кессель в своей заметке.

Два слова по поводу статьи доктора М. П. Шаткин-ского „О гнойном аппендиците“¹⁾.

В. П. Мануйлов.

Ответственный хирург Государственного Днепровского строительства и заведывающий хирургическим отделением б-цы Днепростроя.

Не для того, чтобы восстановить нарушенное М. П. Шаткинским право на внимание со стороны авторов к современной хирургической литературе, в частности к моей заметке по затронутому им вопросу, я берусь за перо, но для того, чтобы еще раз подчеркнуть в целях пропаганды некоторые положения, которые к сожалению, и до сих пор остаются спорными для широкой хирургической аудитории.

Вопрос идет об операции аппендицита в т. н. „межуточном“ периоде. „За последнее время, говорит М. П. Шаткинский, мы все научились успешно оперировать аппендицит, как в стадии à froid, которую некоторые (Очкин, Розанов) считают операцией выбора, так и в остром периоде (первые 24—48 часов), причем % смертности у некоторых авторов близится к 0. Менее популярно у нас и очень распространено у французов оперировать не только в первые и вторые сутки, но и на 5—6 день (Рев).“ 1. с. стр. 745. В сноске автор из русских указывает только двух авторов, которые оперируют в этом „межуточном“ периоде: Красинцев—в Москве и Милостанов—в Харькове.

На III-м Всеукраинском съезде хирургов в сентябре 1928 года, подводя итоги годичной работы молодого Хирургического отделения на Днепрострое, в своем докладе, а затем в печати (Новая Хирургия, 1929 год, № 1) я формулировал наши отношения к т. н. „межуточному“ периоду так: „Хирургическое отделение больницы Днепростроя в этом вопросе стоит за полное уничтожение этих, с нашей точки зрения, меха-

¹⁾ Каз. мед. журнал, 1929 г., № 7—8.