

Этим выводам не противоречат фактически достигнутые высоты в рекордных полетах итальянца Донатти (14.443 м.) и француза Детре (14.833 м), так в обоих этих случаях речь идет о стремительном взлете на предельную высоту и таком же стремительном спуске в нижние слои. Кроме того, в этих случаях полет был выполнен специально тренированными летчиками, при максимальном исключении ими каких бы то ни было мышечных движений. Наконец следует напомнить, что, несмотря на все принятые предосторожности, Донатти все же на высоте потерял сознание. Таким образом даже при дыхании чистым кислородом предельно достижимая высота ограничивается высотой в 13.000—14.000 м. Для полетов на большие высоты в зону, которую мы обозначили как «зону стратосферных полетов», необходимо создать летчику такие условия, при которых ему было бы обеспечено парциальное давление кислорода в альвеолярном воздухе не менее 100 мм ртутн. Это условие может быть выполнено только созданием вокруг летчика искусственной атмосферы, давление которой поддерживалось бы постоянным, невзирая на падение давления во внешней атмосфере.

Это требование в настоящее время удалось практически осуществить двумя конструктивно отличными путями, а именно: созданием герметических гондол и герметического комбинезона (скафандра).

**М. В. ФРЕНКЕЛЬ**

Из факультетской хирургической  
клиники (дир. проф. А. Я. Пытель)  
Сталинградского медицинского  
института.

## **ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ**

Напряженная международная обстановка, постоянная угроза нападения на СССР со стороны буржуазных государств делает чрезвычайно актуальными вопросы военно-полевой хи-

рургии, ставит в порядок дня вопросы наилучшей организации хирургической помощи в боевой обстановке, с учетом всех требований и достижений науки и техники, знания сложной обстановки современного боя. В этой связи нам представляется вполне оправданной попытка представить хотя бы обзорное сообщение о травмах печени в свете современных достижений хирургии.

Травмы печени представляют очень тяжелый вид повреждений живота как в мирное, так в особенности в военное время. В военное время они в значительной степени служат пробным камнем испытания совершенства или недостатков всей санитарной организации, требуя очень четко поставленной эвакуации в условиях современного боя. Здесь «всякое промедление—смерти подобно», здесь судьба раненого всецело зависит от своевременной эвакуации, от своевременно раннего оперативного вмешательства. «Только чревосечение и чревосечение своевременное может в ряде случаев предотвратить смертельный исход» (Оппель). Это положение, принятое для всех ранений живота большинством хирургов еще в империалистическую войну, в настоящее время уже не является дискуссионным, ни с чьей стороны не вызывает возражений. Взгляд, высказанный Мак Кормаком во время англо-бурской войны, что «раненый в живот погибает, если его оперировать и выздоравливает, если его оставляют в покое», является в настоящее время полнейшим анахронизмом. Многие травмы печени на войне часто не доходят до врача, вследствие быстро наступающей смерти, многие случаи не опубликовываются из-за плохих результатов после операций, благодаря чему литература о травмах печени очень невелика, несмотря на то, что вопрос о травмах печени очень стар, травмы печени были известны еще врачам древности. По авторитетному утверждению Майёра уже в Илиаде можно найти указания, что смерть героев на поле битвы наступала от повреждений печени, принимаемой древними за кроветворный орган. Этим вопросом еще интересовался Гиппократ (400—377 г.), считавший ранения печени смертельными и рекомендовавший в целях гемостаза холод, прижатие и вяжущие. Такого же взгляда на повреждения печени придерживались и другие крупные представители медицины Гален, Цельз и Парацельз (1493—1541). Цельз не рекомендовал лечить серьезные раны печени во избежание обвинения в пре-