

Soto-Hall R. a. Haldeman. *Новый диагностический признак посрежиде- ний позвоночника.* (Surg. etc. 61, 827—83, 1935). Аа. описывают следующий прием для диагностики повреждений позвоночника: одной рукой слегка надавли- вают на грудную кость больного, а другой сгибают голову вперед; благодаря этому натягивается lig. nuchae, причем эта тяга распространяется на все ости- стые отростки позвонков и одновременно слегка сдвигаются их тела. При этом, как показало большое число случаев, в которых впоследствии рентгенологически было установлено наличие перелома позвоночника, больной чувствует боли как раз в месте повреждения. Указанный прием с успехом может применяться также для диагностики туберкулеза позвоночника и метастазов опухолей. При простых повреждениях мягких частей, за исключением дисторзий крестцовоподвздошного сочленения, описываемый аа. прием болей не вызывает.

Б. Иванов.

Henderson I. *Основной наркоз паральдегидом* (Ann. Surg. 103, 46— 48, 1936). В поисках надежного и простого в смысле применения средства для основного наркоза а. в результате ряда исследований остановился на паральде- гиде. Техника: очистительная клизма вечером накануне операции; за 1—1½ часа до операции per rectum вводится паральдегид из расчета 0,15 см³ на 0,453 кило веса тела. В качестве vehiculum для паральдегида служит раствор из 2 стол. ложек крахмала на 0,568 л. воды. Общее количество вводимого раствора не должно превышать 170 см³. За ½ часа до операции назначают подкожное впрыс- кивание 0,01 морфия и 0,0005 атропина. Дыхание при этом спокойно и несколько поверхностно; кровяное давление почти не изменяется. В качестве дополнитель- ного средства для наркоза пользуются эфиром, закисью азота или этиленом. Способ особенно показан при операциях на щитовидной железе. Ни в одном из своих случаев а. не наблюдал усиленного кровотечения из операционной раны; никогда не отмечалось и серьезных послеоперационных осложнений, за исключе- нием наблюдающегося иногда беспокойства. Большая часть паральдегида выде- ляется через легкие. Противопоказания: заболевания печени, почек, толстого ки- шечника и прямой кишки, а также паренхиматозные заболевания легких.

Б. Иванов.

Thurn-Rumbach S. *К вопросу о подготовке больных к операциям под местной анестезией* (Schmerz usw. 8. 110—112. 1935). А. сообщает, что в Будапештской гинекологической клинике все, как тяжелые, так и легкие гине- кологические вмешательства производятся исключительно под местной анестезией; при этом особое внимание обращается на соответствующую медикаментозную подготовку для исключения у больных психической травмы. Для получения ги- аллетического состояния назначается комбинация веронала, скополамина и морфия; так как в некоторых случаях скополамин противопоказан (у пожилых людей и обескровленных и сердечных больных) его заменяют перноктоном. На основании многочисленных наблюдений медикаментозную подготовку к операции а. проводит следующим образом: накануне вечером и утром в день операции дают 0,5 веронал-натрия, за час до операции—1 см³ морфия и непосредственно перед вмешательством—до 3 см³ перноктона внутривенно; больше 3 см³ последнего да- вать не следует, ввиду присоединяющегося к нему действия всасывающегося новокаина. Указанный способ подготовки больных к вмешательствам под местной или спинномозговой анестезией вполне безопасен и дает, согласно наблюдениям а., очень хорошие результаты.

Б. Иванов.

Werwath K. *Укусы черной гадюки* (Med. Klin. II. 1667—1669. 1935). Отличительным признаком черной гадюки является голова, несравненно более широкая, чем шея. Тяжесть явлений, развивающихся после укуса, различна, в зависимости от количества введенного яда. Диагноз не труден при наличии расположенных близко друг к другу двух укушенных ранок, соответственно по- ложению зубов змеи. В месте укуса развивается припухлость, краснота, боли, точечные и плоские кожные кровоизлияния (действие яда), а в окружности его— лимфангоит и лимфаденит. Через несколько часов появляются головные боли, головокружение, потеря сознания, расстройства дыхания; с дальнейшим развитием указанных расстройств наступает смерть от паралича дыхательного центра. Однако, у взрослых смертельные укусы наблюдаются очень редко. Рана обрабатывается, как всякое свежее повреждение; применявшиеся раньше мероприятия—перетяжка, насечки, прижигание, отсасывание—должны быть безусловно оставлены. Абсолютно

верным средством для борьбы со змеиным ядом является применение специфической сыворотки, которая вводится внутримышечно в количестве 10 см³ в область укуса или, при наличии тяжелых явлений, — 40—50 см³ и больше внутривенно. Обильное питье способствует быстрому выведению яда; в зависимости от случая назначают сердечные и средства, возбуждающие дыхательный центр. На 9—10 день явления отравления обычно проходят. Дети в местностях с большим количеством змей должны носить прочную обувь.

Б. Иванов.

West R. *Внутривенное применение курарина в лечении столбняка* (Lancet, I. 12—16. 1936). В тяжелых случаях столбняка, а. рекомендует, наряду с серотерапией, капельное внутривенное применение курарина из расчета 0,25 мг на кило веса тела в течение часа. Курарин представляет действующее начало кураре и обладает ясными спазмолитическими свойствами.

Б. Иванов.

Horsch K. *Лечение остеомиелита по способу Löh r'a* (Arch. klin. Chir. 184. 258—271. 1935). Лечение рыбьим жиром и гипсовой повязкой по Löh r'u проводилось в 5 случаях острого и 8 случаях хронического остеомиелита, а также в 8 сл. локализованного костного абсцесса (Brodie). К числу недостатков способа относятся резкий запах, постоянная влажность окружающей рану кожи и прорезывание швов; однако, сильного раздражения кожи никогда не наблюдалось. Антисептическое действие способа несомненно; наблюдающееся вначале гноейное выделение очень скоро сменяется серозно-маслянистым. А. применял различные препараты, содержащие рыбий жир, а также полужидкую пасту из него, которая при помощи металлического шприца с длинным наконечником вводилась в костную полость. Ввиду наличия запаха и быстрого промокания гипсовой повязки, последняя уже рано снабжается окном; все же, несмотря на это, она должна заменяться новой через 1—2 недели. Рыбий жир не всасывается, образуя густой коллоидальный раствор. На рентгенограмме спустя 4—6 недель еще видна часть пломбы; она совершенно исчезает лишь через 2—3 месяца. Безусловными преимуществами лечения по Löh r'u являются его безболезненность, редкая смена повязки и полное отсутствие явления раздражения при хорошем дренирующем действии; имеющаяся лихорадка вскоре после остеотомии прекращается. При абсцессах Brodie а. получил очень хорошие результаты с укорочением срока лечения и регенерацией кости. В старых хронических случаях со свищами эффект незначителен.

Б. Иванов.

Gedkorn. *Лечение абсцесса и гангрены легких натрием-бензоатом* (Presse Med. V. 43. 21/XII 1935). Автор обратил внимание на любопытный феномен, появляющийся после внутривенного введения достаточной дозы натрия-бензоата. Пациент отмечает вскоре после него внезапное появление приятного запаха, а также чувство жара в груди и голове. По мнению автора, это указывает на аффинитет бензойного натрия к легочной ткани. Выделение его дыхательными путями указывает на наступившее насыщение. На основании произведенных 2200 внутривенных вливаний, автор полагает, что достаточной надо считать ту дозу, которая вызывает вышеописанные симптомы. Минимальной полезной дозой при легочном абсцессе он считает 20 куб. см 20% раствора, вводимых ежедневно. Если после нее не появятся признаки насыщения, то дозу надо увеличить. Имеет значение правильная техника введения. Его надо производить медленно. Вливание 20,0 должно продолжаться не менее 5 минут. Важна чистота препарата, который должен быть свежеприготовленным. Инъекции надо производить ежедневно. В острых стадиях обычно достаточно бывает 15 впрыскиваний, в хронических иногда их приходилось доводить до 36. В общем лечение надо продолжать до тех пор, пока не будут устранены клинические и рентгенологические симптомы.

В. Дембская.

б) Акушерство.

Botella-Flusia I. *Изменения азотистого обмена во время беременности и отношение его к функции печени* (Arch. Gyn. 161. 254—257. 1936). Исследования а. показывают, что во время нормальной беременности наблюдается уменьшение дезаминирующей и мочевинообразующей способности печени. При токсикозах и особенно в случаях эклампсии это уменьшение выражено еще сильнее. Изменения, наблюдающиеся во время беременности и при токсикозах ее в отношении мочевины, аммиака и аминокислот крови, зависят, по крайней мере частично, от недостаточности печени. Значительные количества аммиака, находящиеся при эклампсии, обуславливаются уменьшением образования