

135/60. Аускультация артериального тона: звук громкий, хлопающий, напоминает быстрое натягивание батистового платочка.

Б-ая Г., 28 лет, Hypertonia maligna, pneumoretinitis albuminurica. Кровяное давление 210/120, тоны сердца громкие. Акцент на аорте сильный, пульс 76 уд. в мин., повышенного наполнения, с трудом сжимается. Аускультация артериального тона: звук громкий, твердый, напоминающий удар палочкой по барабану.

Б-ая Э., 42 лет, thyphus abdominalis. Стадия амфиболы. Тоны сердца мягкие, приглушенные, темп. 39°. Кровяное давление 130/90, пульс лабильный, мягкий, дикротичный—80 в мин. Аускультация артериального тона: звук мягкий, нечеткий, как бы раздвигается.

В заключение отмечу, что мы не наблюдали влияния подкожно-жирового слоя на качество звука.

Товарищам, желающим проверить наши наблюдения, советуем пользоваться, как и мы это делали, своим привычным стетоскопом, употребляемым для аускультации сердца. Резиновые фонендоскопы, изменяя «хроматичность» звука, не предоставляют уху тех аускультативных впечатлений, которые оно привыкло получать. А это очень важно.

Поступила 2. III. 1939.

Военврач 2 ранга В. Г. ЯНКИН

К методике введения кислорода под кожу

Из санатория НКСО, б. командиров РККА и ветеранов революции, г. Троицк, Челябинской области

При кровохарканиях и легочных кровотечениях во многих лечебных учреждениях с успехом применяется введение кислорода под кожу больного. Однако методика введения кислорода еще недостаточно разработана.

Большинство тубучреждений, и наш санаторий в том числе, пользовалось для этого пневмотораксным аппаратом модели «Высокие горы» с выключением водяного манометра. Этот способ имеет ряд существенных недостатков: 1) громоздкость аппарата, не позволяющая пользоваться им на дому, 2) трудность зарядки кислородом: 3) сложность аппарата, имеющего много кранов и шлангов, затрудняющих его стерилизацию и пользование им.

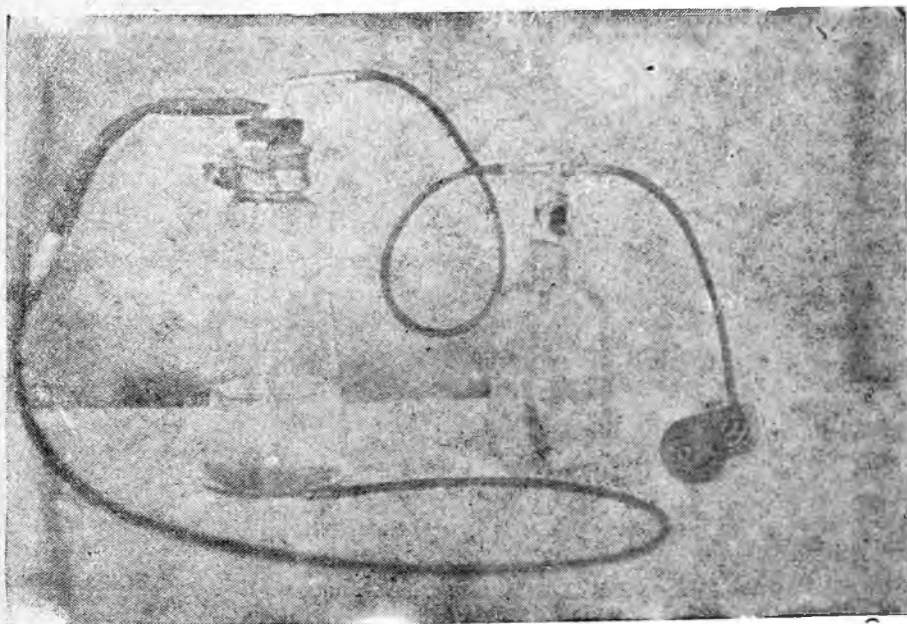
В журнале «Советская медицина», № 20, 1938 г. появилась заметка об упрощенном способе введения кислорода непосредственно из кислородной подушки под кожу. Однако, это упрощение не может быть приемлемо по следующим причинам: 1) при данном способе введения кислород не дозируется; 2) отсутствуют какие-либо фильтры; 3) подача газа, осуществляемая мышечным усилием ассистента, неравномерна.

Эти обстоятельства побудили меня опубликовать методику введения кислорода, которой мы придерживаемся в последнее время. Мы берем 2 стерильных аппарата Боброва и соединяем их полуметровым шлангом в систему сообщающихся сосудов. В первую колбу, предназначенную для газа, вливаем 500 см³ стерильной дистиллированной воды и, соединив ее через ватный фильтр с кислородной подушкой, заставляем действовать сифон, опуская вторую пустую колбу ниже уровня первой. Кислород из подушки засасывается без всякого усилия. После зарядки кислородом на первую колбу с газом насаживается резиновый стерильный шланг с иглой, а на вторую—с водой—груша Ричардсона,—и аппарат готов для введения газа под кожу.

Преимущества этого аппарата в следующем: 1) широкое распространение аппарата Боброва; 2) простота аппарата, дающая возможность манипулировать им и среднему медперсоналу; 3) легкость разбора и стерилизации; 4) портативность, дающая возможность пользоваться аппаратом на дому (обе колбы и шланги помещаются в один футляр).

Единственным недостатком описанного аппарата является возможная утечка газа из первой колбы через щели между стеклянными трубками и резиновой пробкой при небрежной сборке и очень высоком давлении. Как правило, утечка невелика. Требуется плотная сборка и—при возможности—заливка парафином.

Для избежания этого недостатка можно пользоваться двумя аппаратами Потэна, также соединенными в систему сообщающихся сосудов. Резиновые пробки с кранами



прикрепляются к горлу склянок проволокой. Этот аппарат не должен быть использован для откачивания экссудата, его объем не должен быть более 1000 см³, чтобы быть портативным в переноске.

Иглу мы употребляем пневмотораксную, платиновую 0,5 мм в диаметре; игла прокаливается на пламени спиртовки.

Поступила 2. IX. 1939.

Доц. Г. И. СЕГАЛЬ и военврач 3-го ранга Г. А. РУСАНОВ

К вопросу о флегмоне желудка и кишечника

Из хирургического отделения 1-й Борисовской (БССР) сов. больницы (зав. отделением доц. Г. И. Сегаль) и Борисовского военного госпиталя (нач. госпиталя военврач 2-го ранга И. С. Моисеев)

Манькин в своей монографии „Флегмона желудка“, на основании литературного материала и своих 11 случаев флегмоны желудка и кишок, указывает, что флегмона желудка и особенно кишечника встречается сравнительно редко. Автор приходит к заключению, что это заболевание до настоящего времени мало изучено и „каждый сообщенный случай обогащает опыт клинициста и патолого-анатома и указывает пути для понимания патогенеза этого тяжелого заболевания“.

В последние годы в нашей советской литературе опубликованы единичные случаи флегмоны желудка и кишок: Крестовский (1934)—1 случай, Калужский (1935)—2, Байдер (1936)—1, Соркина (1936)—2, Лемберг (1937)—1, Берилло (1938)—1 случай.

В хирургическом отделении 1-й Борисовской сов. больницы и Борисовском военном госпитале за 11 лет нам пришлось встретиться с одним случаем флегмоны толстых кишок и с одним случаем флегмоны желудка.

1. В первом случае дело касалось больного, 51 года, переведенного из терапевтического отделения по поводу частичной непроходимости на почве рака толстого кишечника.