

каждая — от 1 до 7 в день, реже в форме 50% мази и внутривенно. Длительность лечения равнялась 4—6 неделям. Результаты получились следующие: в 1 случае милиарной волчанки лица — излечение. В 4 случаях вульгарной волчанки — излечение, в 17 — значительное улучшение, в 1 — без улучшения. В 3 случаях колликувативного туберкулеза — излечение, в 1 — значительное улучшение. В 1 случае язвенного туберкулеза гортани — улучшение. В 1 случае индуративной эритемы — значительное улучшение и в 1 — без улучшения. В 2 случаях красной волчанки — излечение, в 2 значительное улучшение и в 2 — без улучшения.

Авторы приходят к выводу, что руброфен является новым ценным средством для лечения туберкулеза. Статья, изложенная на 19 страницах, иллюстрирована рядом фотографий больных, заснятых до и после лечения.

Т. М. Юринов.

Мортон. *Актиномикоз*. Canad. Med. Ass. J. T. 42, III, 1940.

Среди множества средств, предложенных для лечения актиномикоза, ни одного нет специфического. Наилучшим считается иодистый калий в средних и больших дозах (от 9,7 до 19,5 г). В двух случаях авторы применили сульфаниламид. В одном из них получен благоприятный эффект, в другом никакого. В этом последнем имелась смешанная инфекция со стафилококком, в первом был выкультивирован своеобразный анаэробный штамм лучистого грибка. Хирургическое вмешательство рекомендуется во всех случаях. Полную эксцизию надо делать там, где это возможно, в других случаях производится вскрытие и дренирование абсцессов.

В. Дембская.

в) Хирургия

G. Stevenson a. Mont R. Reid. *Лечение травматических ран*. The Am. Journ. of Surg. Dec., № 3, V. XLVI, 1939.

Авторы останавливаются на некоторых дефектах при лечении ран, происходящих в основном от недостаточной подготовленности хирургов. Касаясь вопроса об остановке кровотечения в ране, они считают прямо вредным применение давящей повязки, вследствие заноса инфекции глубоко в рану. Оставление плохо укрепленного клема на сосуде в ране может повести к усилению шока. Жгут должен применяться, главным образом, при разможенных ранах конечностей с целью остановки кровотечения и преграждения всасывания токсинов из тканей. Необходимо накладывать жгут настолько близко к ране, чтобы не удалять его перед ампутацией и не вызвать ишемии в части конечности, подлежащей сохранению. Первичную обработку авторы производят под жгутом, что, по их мнению, экономит кровь, держит сухим операционное поле, предохраняет его от загрязнения и ускоряет операцию. При ранах с сроком 6-часовой давности после иссечения а. а. не рекомендуют применять антисептические вещества, а тем более промывать их. При ранах с более длительными сроками а. а. считают необходимым после первичной обработки обязательно промывать раны большим количеством теплого физиологического раствора с последующим отсасыванием остатков раствора в ране. После удаления жгута и окончательной остановки кровотечения, а. а. рекомендуют промывать рану повторно, после чего считают возможным закрыть рану наглухо. Под debridement авторы понимают иссечение раны, допуская наложение швов на раны сроком до 10 часов. При ранениях органов брюшной полости авторы придерживаются той же методики первичной обработки с промыванием большими количествами физиологического раствора. Обработку ран с повреждением нервов, сухожилий, костей а. а. производят под общим обезболиванием, оставляя для местной анестезии лишь случаи поверхностных ранений. Подробно останавливаясь на методике первичной обработки кожной раны мышц, нервов, костей, авторы фиксируют внимание на необходимости тщательной очистки костных повреждений. Все манипуляции с костью должны производиться за пределами раны. Укушенные раны человеком, животными особенно опасны из-за осложнений гнилостной инфекцией. В отношении их авторы после первичной обработки считают возможным применять прижигание.

Доц. Благовидов.

Warfield M. Firog. *Предупреждение и лечение столбняка*. The Am. Journ. of Surg. Dec. V. XLVI, № 3, 1939.

Автор констатирует несостоятельность применяющейся предохранительной прививки противостолбнячной сыворотки, которая дает слишком кратковременную гарантию от столбняка. Он считает более целесообразным в целях профилактики применять столбнячный токсин в виде 3-кратных инъекций по 1,0 токсина на протяжении от 6 до 10 недель. Уже спустя две недели после второй инъекции можно обнаружить 0,1 антитоксических единиц на 1 к. см. сыворотки в крови. После первой инъекции концентрация антитоксина держится на одном уровне до 2 лет. Четвертая инъекция может быть применяема по мере надобности для быстрого поднятия титра

антитоксина в сыворотке крови. Инъекции токсина не вызывают никаких осложнений, если не считать случай Соок'са, который наблюдал астматический припадок у больного непосредственно после введения токсина. Автор описывает вновь рекомендованную методику введения столбнячного токсина по Герману Гольду. Первая инъекция 1,0 столбнячного токсина, спустя 6 недель — до 3 месяцев вторая инъекция. В дальнейшем для поднятия титра антитоксина в сыворотке вводят в обе ноздри концентрированный токсин в глицерине в каплях, два дня подряд, в количестве 0,1. Автор назвал концентрированный токсин в глицерине топогеном. Иммунитет возобновляется с новой силой через неделю, и в дальнейшем при каждой ране достаточно иммунизированному субъекту вводить в нос в течение двух дней 0,1 топогена, чтобы получить поднятие титра антитоксина в сыворотке крови. Автор рекомендует с профилактической целью вводить столбнячный токсин детям, с/х рабочим, индустриальным рабочим и солдатам. Лечение больных столбняком: 1) внутривенное вливание 50 тысяч единиц антитоксина, 2) опрыскивание окружающих ран 10-т. единиц антитоксической сыворотки, 3) иссечение очага через час после инъекции, 4) в последующие дни вводят по 5 т. единиц антитоксической сыворотки, 5) обильное введение жидкости, 6) симптоматическое лечение — хлорал-гидрат, люминал, 7) вдыхание кислорода, 8) при наступившем спазме голосовой щели — трахеотомия. Автор критически относится к применению *Magn. sulfuricum* и *acidi carbolici*, считая, что эти препараты не изменяют ни степени, ни продолжительности наступающей ригидности мышц.

Доц. Благовидов.

Ralph D. Cressman and Alfred Blascock. *О предупреждении и лечении шока*. The Amer. Journ. of surg., V XLVI, № 3.

После описания клинической картины шока, авторы разбирают причины шока и рассматривают первичный и вторичный шок, как стадии одного и того же процесса. С физиологической точки зрения причины острой циркуляторной несостоятельности они делят на три типа: 1) гематогенный тип, возникающий от первичного кровотечения и обширной травмы мышц. Падение кровяного давления происходит вследствие уменьшения просвета сосудов и потери крови, плазмы, что ведет к слабости сердечной деятельности. 2) Неврогенный тип сопровождается расширением сосудов от уменьшения тонуса вазоконстрикторов, что ведет также к падению артериального давления. 3) Вазогенный тип сопровождается расширением сосудов от непосредственного влияния на сосудистую стенку различного рода агентов типа гистаминов. Основное в профилактике шока — это поддержание водного баланса. С этой целью перед операцией, во время операции и после операции необходимо переливать кровь, вводить 10% глюкозу и физиологический раствор поваренной соли. Тщательное согревание больного также имеет немаловажное значение. Авторы рекомендуют оперировать либо под местной анестезией, либо применять закись азота. Спинномозговая анестезия абсолютно противопоказана при шоке. В послеоперационном периоде авторы рекомендуют вводить массивные дозы крови, от 400 см³ и больше глюкозу. Питание должно быть богато витаминами А, С и Д и особенно витамином К в комбинации с желчнокислыми солями. Для решения вопроса о возможности применения оперативной помощи авторы советуют придерживаться схемы Wangensteen'a: арт. давл. от 100 и ниже указывает на потенциальный шок. При артериальном давлении 90 и меньше шок налицо — необходимы срочные энергичные меры борьбы с ним. При артериальном давлении 70 и ниже шок является критическим и препятствует какому-либо оперативному вмешательству. Согревание, морфий, внутримышечное введение эвипана натрия, переливание крови (400 см³ и больше), жидкость Бейлиса — 6% раствор гуммиарабика в 0,9% растворе поваренной соли до 500,0. При ранении сердца, печени, селезенки и др. ранениях с обильным кровотечением, внематочной беременности — оперативная помощь оказывается безотносительно к тяжести шока. Для предупреждения и лечения шока при ожогах авторы считают лучшим метод Bedman'a, как предохраняющий от потери плазмы, уменьшающий всасывание токсинов и предохраняющий от инфекции и притупляющий болевую чувствительность. При вторичном шоке авторы считают противопоказанным применение адреналина, эфедрина, препаратов наперстянки, считая, что при этой форме шока наблюдается резкое уменьшение просвета сосудов.

Доц. Благовидов.

Albrecht Meyer. *О первой помощи и лечении повреждений костей и суставов в военной обстановке*. Med. Welt 1940 № 30.

Первая помощь и лечение в военной обстановке находится в совершенно особых условиях сравнительно с условиями мирного времени. На передовых линиях боя помощь оказывается под огнем неприятеля, и это требует особо большой выдержки и опытности со стороны медперсонала.

Переломы при огнестрельных ранениях часто бывают осложненными, с обширными повреждениями мягких тканей. Первым требованием при оказании помощи является