

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 окружности раны 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 набувшем 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 Blascok. *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 см<sup>3</sup> 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 см<sup>3</sup> 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 Vedman'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 Meuer. *О первой помощи и лечении поврежденных 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

возможно ранний и полный покой конечности, имеющей перелом; от этого зависит не только более быстрое срастание кости, но и исход лечения всей раны в целом с ее септическими осложнениями и т. д.

При переломах костей голени и стопы первоначально применяются шины Фолькмана, или же больная нога прибинтовывается к здоровой. При повреждении колена не следует стремиться обязательно разогнуть ногу в колене, следует сохранить сгибательное положение и прибинтовать к согнутой в колене здоровой ноге.

Сложнее оказать помощь при переломах бедра, т. к. наложение шины здесь требует большой опытности. Если ее нет, то лучше уложить больного на носилки в положении на спине с согнутым коленом, подложив достаточно ваты под колено, или положить больного на бок, на большую сторону с согнутым коленом.

При повреждениях костей и суставов предплечья и кисти рекомендуется уложить руку на косынку и прибинтовать затем руку к грудной клетке.

Первый врачебный осмотр проводится на главном перевязочном пункте. Здесь первая повязка заменяется лучшей, накладываются шины Фолькмана и проволочные шины.

Наложение гипса на главном перевязочном пункте возможно только при затишье военных действий и при простых переломах.

Предлагалось много готовых аппаратов для первой помощи в военной обстановке при огнестрельных ранениях с переломами, но использование их в широких размерах затруднено дороговизной и порчей аппаратов от сырости. Заслуживают внимания шины Вахсмута для полевого транспорта, они особенно показаны при переломах голени.

Наиболее совершенные результаты дает комбинация проволочного вытяжения и шины.

Если больные подлежат дальнейшей пересылке в тыловые госпитали, то целесообразнее сделать гипсовую повязку с окном. Автор предлагает комбинацию проволочного вытяжения и гипсовой повязки. При переломе голени, например, эта повязка накладывается следующим образом: буровом просверливается пяточная кость и эпифиз бедра, проводится в отверстие в кости проволока, концы которой на месте входа и выхода фиксируются на коже пелотами с клеммами, затем накладывается гипс в положении вытяжения голени. В первую очередь и более крепкий гипс кладется на местах входа и выхода проволоки. Затем легкий гипс с окном на месте раны — в средней части голени. Применение в течение нескольких лет такого вытяжения с гипсовой повязкой дало хорошие результаты и автор полагает, что этим опытом можно воспользоваться и с успехом ввести в практику лечения переломов в условиях полевого госпиталя.

*В. Герасимова.*

Griswold A., Goldberg H., Joplin R. *Переломы плеча*. Americ. Journ of Surg. 1939. 43 № 1.

Редукция перелома плеча обычно не трудна, но удовлетворительное закрепление правильного положения не всегда удается.

Авторы описывают метод, примененный в 128 случаях перелома плеча, способствовавший более быстрому выздоровлению и с лучшим функциональным результатом, чем методы, применявшиеся ими ранее. По месту перелома было: 49 переломов головки и шейки, 68 диафиза, 11 надмыщелковых. Принцип метода состоит в наложении гипсовой повязки после редукции перелома с расчетом, чтобы сама повязка была грузом для вытяжения плеча и удержания отломков в правильном положении. Повязка накладывается на всю руку от основания пальцев до подмышковой впадины, в каком бы месте плеча перелом ни был.

Предплечье приводится в положение среднее между супинацией и пронацией и ставится точно под прямым углом к плечу. В верхнюю часть повязки на уровне нижней трети предплечья вгипсовывается петля из марли или проволоки. За эту петлю повязка подвешивается на шею.

Пациент должен быть в вертикальном положении возможно большее время и для этого в первые ночи должен даже спать в сидячем положении, держа больную руку на весу, не поддерживая ее под локоть. Через неделю разрешается спать лежа, т. к. нет уже опасности, что отломки сместятся. Давление одежды на больную руку должно быть совершенно исключено.

С самого начала лечения — после наложения гипса рекомендуется делать вращательные движения, для укрепления мышц плеча; при этом больной наклоняется вперед, держа руку на весу, из этого положения делает наклон туловища в сторону больной руки и производит качательные круговые движения в плече, держа все время руку вертикально на весу. Это ускоряет выздоровление и предотвращает мышечную атрофию.

*Н. Герасимова.*