

Chang, Chiang E. a. Lan Tien Ho. Витамин С при туберкулезе. Am. Rev. of Tuberc. 41:494—505. 1940.

Обследовано содержание витамина С в крови и моче у 100 больных с различными формами туберкулеза и у 10 здоровых людей. За 2 дня до опыта больным не давали пищи, содержащей большое количество витамина С. Кровь для исследования брали натощак. В моче содержание витамина С определяли в течение суток в порциях мочи, собиравшейся каждые 8 часов. К 2 см³ плазмы крови добавляли 8 см³ 8% раствора метафосфорной кислоты. Смесь центрифугировали, 5 см³ светлого центрифугата титровали немедленно стандартным раствором 2,6 дихлорфенолиндифенола. Содержание витамина С в крови вычисляли в миллиграмм-процентах. К 50 см³ свежесынутой мочи добавляли 5 см³ 20% раствора метафосфорной кислоты. К 2 см³ смеси доливали 10 см³ 3% раствора метафосфорной кислоты и немедленно титровали вышеуказанным раствором. Содержание витамина С определялось в миллиграммах в суточном количестве мочи. Установлено, что у туберкулезных больных содержание витамина С в крови и выделение его с мочой значительно ниже, чем у здоровых. Количество витамина С в плазме крови при туберкулезе колебалось от 0,03 мг% до 0,6 мг%. У здоровых людей оно составляло от 0,64 мг% до 1,14 мг%. У туберкулезных больных за сутки с мочой выделялось от 1,3 до 69,24 мг, у здоровых людей от 24,4 до 72,9 мг витамина С. Чем тяжелее был туберкулезный процесс, тем меньше витамина С содержалось в крови. Кроме того, у туберкулезных больных и у здоровых лиц производились опыты с нагрузкой витамином С. Им назначали по 2 мг аскорбиновой кислоты в виде апельсинового сока на 1 кг веса и затем каждые полчаса собирали и титровали мочу. У больных туберкулезом с мочой выделилось значительно меньшее количество витамина С, чем у здоровых, и тем меньше, чем тяжелее был туберкулезный процесс. Степень насыщения витамином С организма пропорциональна тяжести туберкулезного процесса.

Н. Абрамова.

б) Хирургия

Roу Mc-Clure. Лечение ожогов. J. Americ. med. Ass. V. 113 № 20, p. 1808—1812). 1939.

На 8000 смертей от ожогов за 1937 г. в США 45% смертности падает на детей до 6-летнего возраста. При лечении серьезное внимание лечащего врача должно быть фиксировано на так называемой токсической фазе, т. е. в первые 18—24 часов.

С тех пор, как ожоги начали лечить по методу Дэвидсона (Davidson) смертность в США значительно снизилась; так в 1928 г. было 8033 смерти от ожогов, а в 1933 г.—5232. По данным Митченера (Mitchener) смертность в Англии с 15,5% в 1928 г. (лечение пикриновой кислотой) снизилась до 4% в 1929—1936 г.г. (лечение по Дэвидсону). По данным Неггис в Торонто смертность от ожогов снизилась с 7,5% до 1,7% после введения метода Дэвидсона. Значительно уменьшилось при этом методе количество уродующих рубцовых контрактур.

Боль и беспокойство устраняют повторным назначением наркотиков. При аноксемии показана кислородная терапия. Общее обогревание больного грелками, укутыванием шерстяными одеялами, если позволяет локализация ожога, или укладывание больного на кровать в электросветовую ванну в очень теплой комнате. Вводят обильно жидкость per os, per rectum, интравеннозно, подкожно — 5% раствор глюкозы или физиологический раствор NaCl.

Суточный диурез должен быть около 1500 см³. При сгущении крови — трансфузия плазмы, гемотрансфузия показана лишь при нормальной картине крови и количества гемоглобина.

Местное лечение. Больной помещается на стерильном белье, с соблюдением всех правил асептики. Производится минимальный debridement, вскрытие пузырей и удаление отслоенного эпидермиса. Затем из пульверизатор производят распыление свежеприготовленного 5% раствора танина. Мази, содержащие танин с резорцином или argent. nitric., рекомендуется применять при небольших ожогах, а также на лице и промежности.

По мере скопления жидкости последняя удаляется асептично и вновь производится пульверизация танином. Удаление гноя при скоплении его под корками. Для предупреждения деформирующих контрактур — раннее назначение вытяжения. Как можно раньше производят пересадку кожи. Для лечения вторичных анемий лучший способ — гемотрансфузия.

В. С. Юров.

Mallet-Gug, et J. J. Lieftring. Поясничная блокада и симпатектомия при обморожении ног. Mém. Acad. Chir. 66. 136—140. 1940.

Авторы с большим успехом применили люмбальную инфильтрацию новокаином симпатикуса у солдат с обморожением ног в зиму 1939/40 г., которые поступали в ла-

зарет для ампутации. В одном случае, кроме того, была произведена денудация бедренной артерии. Успех блока объясняется устранением спазма артерий, который, как показывают ангиографические исследования, имеет место спустя неделю после отморожения.

Л. Омороков.

Smithwick. Хирургическое вмешательство на симпатической нервной системе при периферических поражениях сосудов. Arch. Surg. 40. 286—306. 1940.

Автор вначале описывает те методы, при помощи которых клинически-экспериментальным путем выясняется деятельность вазомоторов и что является обоснованием для оперативного вмешательства.

Операция должна быть произведена таким образом, чтобы не получилось регенерации нервов. Для этой цели а. предлагает центральный отрезок пограничного столба после перерезки его вшивать в мускулатуру. Такая модификация дает значительно лучшие результаты, чем простая перерезка. А. успешно оперировал по этому методу больных с облитерирующим тромбангитом, болезнью Рено и с другими спазмами сосудов. Эффект операции был положительный в 90—100%.

Л. Омороков

Frank Mann. Шок, его профилактика и терапия J. Am. m. Ass. T 114. № 25/Vl. 2484. 1940.

На шок смотрели как на состояние травматической токсемии. Автор на фронте наблюдал много людей с синдромом васкулярной, вазомоторной и физической инсуффициенции. Шок является результатом депрессии и анемии и нередко приводит к смерти. Профилактически, чтобы избежать шока, раненому следует обеспечить покой и хорошее питание, давать сердечные и дыхательные средства и кроме того атропин, стрихнин, и пикротоксин. При уже развившемся шоке надо прежде всего озаботиться о том, чтобы поднять температуру тела, стараться возбудить деятельность кардиоваскулярной системы и урегулировать венозное давление, вводя физиологический раствор. При ацидозе дается сода, при аноксемии — кислород. При кровотечении и стагнации крови на почве паралича вазодилататоров показана трансфузия крови. Сдавление артерии задерживает появление шока, ампутация, произведенная даже во время шока, устраняет его, потому что прекращает всасывание измененных белков. Бене и Струмца получали хорошие результаты, вводя после профузного кровотечения смесь, состоящую из 3 частей насыщенной кислородом кровяной сыворотки и 1 части цитратной крови. По Ламберту шок вызывается двумя причинами 1) непосредственным действием нервновегетативных импульсов, исходным пунктом которых является рана с многочисленными обнаженными веточками симпатических нервов; 2) позже выявляет свое действие токсический фактор, вызванный повышенным напругением освобождающихся протеинов в крови. Ламберт рекомендует переливание крови и инсулин.

В. Дембская.

Bravetta, G. Пневмопизеллография при диагнозе камней мочевых путей. Surg., Gyn., Obst. Dec. № 6. 69. 1939 г.,

Простая пизеллография с дозавлением внутривенной или ретроградной пизеллографии, в большинстве случаев бывает достаточной при топической диагностике почечных камней. Но в тех случаях, когда этого бывает недостаточно, прибегают к введению газа в мочевые пути. Мысль эта старая и была испробована Rutckand'ом и Roland'ом в 1907 г. Метод полезен для более точного выяснения локализации камней и дифференциации их от каловых и желчных камней, от обызвестленных лоханок, мезентериальных и ретроперитонеальных желез. Автор употреблял в своей практике кислород, считая, что он более усваивается и представляет меньшую опасность в смысле газовой эмболии. Обычно вводится при посредстве 20-граммового стеклянного шприца от 7 до 15 см³ кислорода.

Автор приводит рентгенограммы одного случая с объяснением: „сначала сделали простую рентгенограмму почек, которая показала тень камня, не указывая точной его локализации. Затем произвели интравенную пизеллографию, которая показала и лоханку и чашечки и мочеточник, но камень не выделился на этом фоне. Ретроградная пизеллография дала то же самое. И только пизеллография после введения кислорода в мочеточник показала камень в мочеточнике“.

Противопоказанием к введению газа в мочеточник является: уремия, лихорадка и гематурия.

Горбатов.

W.M. Boothry, Ch. W. Mayo, W.R. Lovelace. Стопроцентный кислород (показания и методы его употребления). J. Americ. med. Ass. № 6. 1939.

Авторы отмечают, что как в гражданской, так и в военной травматической хирургии