

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 insuficiencias. 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. Пневмопиелография при диагнозе камней мочевых путей. Surg., Gyn., Obst. Dec. № 6. 69. 1939 г.,

Простая пиелография с дозавлением внутривенной или ретроградной пиелографии, 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 Rutskand'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 пиелографию, которая показала и лоханку и чашечки и мочеточник, но камень не выделился на этом фоне. Ретроградная пиелография дала то же самое. И только пиелография 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

встречается не только шок, но и прямое повреждение сосудов. Последнее, замедляя местное кровообращение, тем самым усугубляет и без того нарушенное общее кровообращение, которое всегда сопровождает шок. В подобных случаях авторы рекомендуют ингаляцию 100% кислорода как средство не только направленное на борьбу с шоком, но и как средство, дающее возможность сохранить поврежденную конечность.

В течение 8-месяцев авторы посредством особого аппарата дали 100% кислород более чем 800 пациентам без видимых раздражений легких. Обычно они давали 100% кислород непрерывно 48 часов, а затем переходили на 50—70% кислород.

Один из авторов — Мауо — в настоящее время назначает ингаляцию 100% кислорода всем больным немедленно после значительной операции. Ингаляция кислорода в соединении с трансфузией крови в самых тяжелых случаях благотворно действовала на этих больных.

Авторы считают, что употребление 100% кислорода уменьшает послеоперационное вздутие кишечника и ослабляет головные боли. При остром отеке легких ингаляции 100% кислорода очень благоприятны.

При многих сердечных болезнях, при различного рода коллапсах, при газовой гангрене и столбняке авторы рекомендуют ингаляции 100% кислорода. Аппарат, посредством которого производят ингаляции 100% кислорода, состоит из маски, регулятора и резервуара. Маска бывает 2-х родов: носовая и носо-ротовая. Маска очень плотно облегает или только нос, или нос и рот.

Горбатов.

Сole. Профилактика и лечение тетануса во время войны. J. Am. m. Ass. T 115 № 16/VII 69, 1940.

Для профилактики и лечения тетануса в Британской армии применяется как пассивная, так и активная иммунизация каждого солдата. В целях пассивной иммунизации вводится профилактическая доза антитоксина возможно скорей после полученного ранения. Активная иммунизация осуществляется двумя инъекциями формолтоксоида перед выступлением в поход. Значение пассивной иммунизации выявилось в течение прошлой войны. Те немногие больные, у которых развился тетанус после профилактического впрыскивания, обычно обнаруживали удлинённый период инкубации, замедленное развитие болезненных симптомов и, в конечном итоге, выздоровление. Недостатком этого метода является то обстоятельство, что впрыскивание надо производить тотчас после ранения, в некоторых случаях его приходится повторять, причем могут наступить явления сывороточной болезни. Активная иммунизация имеет то преимущество, что ее можно предельно перед выступлением бойца в поход. Вызванное им иммунное состояние, повидимому, продолжается в течение нескольких лет. В качестве нежелательных побочных явлений могут развиваться аллергические реакции, вследствие наличия в препарате следов пептона. Активный метод еще не проверен на достаточном большом числе больных. Антитоксин после ранения вводится в вену в количестве 200000 единиц. Нужна такая большая доза, чтобы нейтрализовать весь нефиксированный токсин и помешать его дальнейшей абсорбции. Обычно не приходится повторять впрыскивания. Только при наличии особо тяжелых инфицированных ран вводится внутримышечно дополнительная доза в 50000 единиц один раз в неделю. Для предотвращения судорог автор советует вводить авертин с амиленгидратом, как при ректальной анестезии. В тяжелых случаях это останавливает судороги в промежуток времени от 4 до 6 часов, после чего следует все снова повторить. В некоторых случаях дозу надо повторять два три раза в день в течение 8 и больше дней. Вместо авертина с амиленгидратом можно вводить ректально паральдегил как при базальной анестезии.

В. Дембская.

Lockwood. Практическое применение сульфопрепаратов при хирургических инфекциях. J. Am. m. Ass. T 115. № 14. 1940.

Стрептоцид (сульфаниламид) все еще остается препаратом выбора при инфекциях вызванных гемолитическим стрептококком, а также при неспецифической профилактике, потому что: 1) серьезные токсические осложнения при нем редки и тошнота не беспокоит больных, 2) при нем легко можно достигнуть высокой концентрации и подерживать долго нужную более низкую концентрацию, 3) его можно впрыскивать под кожу в 0,8% разведении и вводить местно в кристаллическом виде. При пневмококковых инфекциях сульфацилпирин и сульфазол представляются более эффективными. При стафилококковых инфекциях стрептоцид почти не действует, при них наиболее активен сульфатиазол. Полная суточная доза разделяется на 6 приемов при введении через рот и на 4 при парентеральном введении. В первый день, обычно, дается 6—10 г., во второй 5—7 г и в последующее 3 дня 4—6 г. Если клинический ответ неметился в течение первых 48 часов и по характеру заболевания не приходится ждать рецидивов, то лечение можно прекратить на 5-й день. Если реакция