

Townsend, Massie и Lyons. *Анемия при хроническом гломерулонефрите и желудочная кислотность* (Amer. Journal Medical Sciences—194: Nov. 1937).

Исследование желудочной кислотности может вскрыть некоторые взаимоотношения, существующие между развитием анемии, азотемией и уменьшением кислотности. Стойкость анемии по отношению к лечению железом наводит на мысль о зависимости анемии от расстройства желудочной секреции. Наблюдения авторов за характером изменений эритроцитов при анемии и хроническом гломерулонефрите позволили им классифицировать эту анемию, как анемию нормоцитного типа, но в некоторых отдельных случаях количество гемоглобина было ниже, чем бывает обычно при подобных анемиях. Этот последний вид анемий может объясняться недостатком материала для постройки эритроцитов. Общеизвестно, что анемия при хроническом гломерулонефрите не реагирует на железо, и небольшое понижение гемоглобина, находящееся в отдельных эритроцитах, соответствует представлению, что эта анемия зависит от недостатка материала для эритроцитов. Изучение кислотности желудочного сока подтверждает это предположение.

Наиболее характерными признаками анемии при хроническом гломерулонефрите является уменьшение или отсутствие секреции кислоты в желудочном секрете. Это уменьшение может играть значительную роль в нарушении пищеварительных процессов и нарушении усвоения пищи и железа. Исследования указывают, что здесь имеется соотношение между понижением почечной функции, развитием нормоцитной анемии и уменьшением, вплоть до полного прекращения, секреции свободной соляной кислоты.

Понижение желудочной кислотности и усвоения железа ведут, косвенным путем, к недостатку „строительного материала“ для эритроцитов и гемоглобина.

Н. Н. Прокофьев.

Verhoagen. *Внезапная смерть во время купания* (Revue du Service de Sante militaire 1936, № 5, том С IV).

Причина скоропостижной смерти купающихся до сих пор не выяснена. Автор полагает, что в этих случаях наступает коллапс вследствие анафилаксии к термическим факторам (криоаллергия). Интенсивность и внезапность наступления явлений зависит, повидимому, от внезапного выделения кожей чрезмерного количества гистамина. Для предупреждения подобных случаев автор рекомендует выявлять таких лиц путем испытания чувствительности следующим образом: к коже передней поверхности предплечья прикладывается кусок льда, или смоченный эфиром термпресс. Испарение эфира ускоряют, дуя на него из резинового баллона от термо-каутера. У чувствительных субъектов через 15 минут после 2-минутного применения холода появляется папулезная сыпь, похожая на крапивницу, отдельные элементы ее могут иметь геморрагическую окраску.

С. Элиасберг.

Jellinek. *Новый способ оживления мнимо-умерших* (Presse Médicale, 1938, № 2).

При оживлении мнимо-умерших часто бывают неудачи, что зависит от двух причин: 1) к искусственному дыханию приступают слишком поздно и прекращают его слишком рано; 2) искусственное дыхание производят неправильно, надавливая на грудную клетку, забывая вытягивать язык.

Грудная клетка представляет пружину. Отрицательное давление внутри грудной клетки поддерживает легкие в растянутом состоянии и способствует легочному кровообращению. Сдавливание грудной клетки уменьшает или уничтожает это отрицательное давление. Автор производил опыты искусственного дыхания путем сдавливания грудной клетки на здоровых животных. Последние околевали через 1—2 мин., на вскрытии находили острейший отек легких и мозга.

Автор предлагает новый метод искусственного дыхания: пострадавшего кладут на спину. Между его лопаток кладут сверток одежды, бумаги, соломы и т. п., чтобы выпрямить его спину. При этом ребра автоматически поднимаются и удаляются от позвоночного столба и средней линии груди. Грудная клетка расширяется при этом в трех направлениях; внутригрудное отрицательное давление возрастает. Оказывающий помощь становится на колени позади головы пострадавшего, захватывает обеими руками его плечи и энергично прижимает их книзу, удерживая в этом положении 2 секунды. При этом происходит физиологическое вдыхание. Через 2 секунды плечи опускаются на 2 секунды и в таком ритме искусственное дыхание продолжается дальше,

При расправлении грудной клетки происходит одновременно и массаж сердца. Для удерживания языка, автор рекомендует ввести указательный и средний пальцы самого пострадавшего вдоль языка поглубже в рот и привязать кисть к затылку.

Если губы и гортань начинают шевелиться, то искусственное дыхание необходимо прервать. Если пострадавший не приходит в себя, искусственное дыхание надо продолжать до появления трупных пятен.

С. Элиасберг.

в) Хирургия.

Watson. *Жировая эмболия* (The British Journal of Surgery Vol. XXIV, № 96, 1937, стр. 676—690).

Автор описывает случай жировой эмболии и разбирает литературу этого вопроса. Жировая эмболия могла быть доказана лишь в незначительном числе случаев, приблизительно у 14% умерших с диагнозом жировой эмболии. Жировая эмболия наблюдается при повреждениях, особенно при переломах, причем поражаются легкие и мозг. Диагноз ставится на основании соответствующего клинического течения после исключения других осложнений. Наиболее важным диагностическим признаком является наличие в моче и мокроте жира и развитие геморрагической петехиальной сыпи. Результаты лечения остаются неудовлетворительными. Применяют внутривенное введение 2% раствора углекислой соды.

В. Маят.

Prinz. *О повреждениях менисков коленного сустава* (Bruns Beiträge zur kl. Chir. Bd. 165, H. 3, 5, 337).

Материал автора состоит из 27 случаев повреждений менисков коленного сустава, из которых в 18 случаях проведена операция. В четырех случаях из 18 автор нашел значительные изменения в менисках, из чего он заключает, что заболевания мениска могут быть причиной последующего его повреждения. В остальных 14 случаях прямая или непрямая травма играла если не единственную, то решающую роль. Разбирая методы лечения при повреждении мениска, автор рекомендует консервативное лечение ограничить 8—14 днями, т. к. слишком длительное выжидание вредно для сустава. Методом выбора автор считает удаление разорванного мениска; наложение шва может применяться в отдельных случаях. В материале автора имеются 3 случая наложения шва при небольшом частичном отрыве мениска, причем сустав и мениск казались в этих случаях здоровыми. Удалять нужно только поврежденные и оторванные части мениска. Для производства этой операции достаточно маленьких боковых разрезов, которые хотя несколько и затрудняют удаление мениска, но зато являются щадящими для связочного аппарата сустава. Автор обращает внимание на необходимость тщательного послойного шва при зашивании сустава. Суставную капсулу советует шить шелком, менее раздражающим, чем кэтгут. Синовиальная оболочка не должна прошиваться.

В. Маят.

Atkins. *Эффект от блокирования плечевого сплетения у больных с вторичным травматическим шоком* (The British Journal of Surgery Vol. XXIV, № 96, апр. 1937, стр. 717—727).

Автор исследовал кровяное давление после блокирования плечевого сплетения у больных с травматическим шоком, который развился после повреждения верхней конечности. Для контроля служили больные без клинических признаков шока, которым была сделана блокада плечевого сплетения, и больные, которым была произведена местная инфильтрационная анестезия. На основании своих исследований автор приходит к выводу, что у больных с травматическим шоком, развившимся после повреждений верхней конечности, блокада плечевого сплетения не оказывает какого-либо положительного эффекта.

Блокада плечевого сплетения, произведенная одновременно с местной инфильтрационной анестезией, вызывает падение кровяного давления, особенно у шокированных больных. Это падение кровяного давления автор объясняет местной анестезией, независимо от того, где последняя была сделана. Наиболее подходящим методом обезболивания для шоковых больных автор считает ингаляционный наркоз.

В. Маят.