

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 разрывного 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.