

лась газовая гангрена. Местному применению сульфаниламида должна предшествовать тщательная очистка раны и *debridement*.

Рекомендуется также профилактическое введение антитетанической и противогазовой сыворотки, хотя это последнее можно и опустить, ввиду того, что сульфаниламид в высокой местной концентрации предохраняет от развития газовой гангрены. Исходы из этих же соображений можно не прибегать к профилактической рентгенизации, которая в прежнее время, как правило, применялась при всех осложненных переломах.

Gaultier. *Лечение ожогов инфракрасными лучами*. Presse Méd. an. 47, № 8, 28/1-1939. 139.

Автор советует подвергать обожженного большого освещению инфракрасными лучами возможно раньше, уже в тот момент, когда производится очищение раны от некротизированных частей и обрывков эпидермиса. При этом быстро стихают болевые ощущения. Высыхание тканей происходит тем скорее, чем чаще повторяются сеансы облучения. Инфракрасные лучи хорошо действуют против шока, быстро прекращают серозную экссудацию и мешают резорбции серозной жидкости. Рубцевание происходит ускоренным темпом и гладко. Ткани представляются защищенными от внешнего воздуха образовавшейся коркой и не нуждаются в покрывающих перевязках. Автор полагает, что инфракрасное облучение следует предпочесть применению танина. Оно скорее прекращает боли и более успешно предотвращает шок.

В. Дембская.

Walter W. *Повреждения и стриктуры желчных ходов*. The Journ. Americ. Medic. Ass., n. 113, № 3, 15-VII-1939.

За последние 15 лет а. провел в клинике Mayo наблюдения над 80 больными, страдавшими стриктурами общего желчного протока. Наблюдения касались больных, у которых образовались обширные рубцовые сращения в области желчного пузыря и протоков с последующей желтухой. В 9 случаях стриктуры развились после воспалительных процессов и в 71 сл. в результате оперативных вмешательств: холецистэктомий, холецистэктомий и холедохостомий, холецистостомий. В некоторых случаях стриктуры желчного протока осложнились наружными желчными свищами.

По поводу стриктуры произведены следующие операции. 1) холедоходуоденостомия 27 сл. смерть в 3 сл., 2) гепатодуоденостомия — 22 сл., смерть в 8 сл., 3) холецистодуоденостомия 1 сл., смерть в 1 сл., 4) холецистогастростомия 1 сл., 5) гепатикогастростомия 2 сл. смерть в 2 сл., 6) операция наружного желчного свища 15 сл., смерть в 7 сл., 7) пластика желчного протока 12 сл. смерть в 4 сл. При наличии обширных спаек, делающих невозможным отыскать желчный проток, или при полной его облитерации автор произвел в 12 сл. пластическое восстановление *d. choledochus*. Техника операции такова: осторожно разделяя сращения, доходят до печени, вводят в него иглу со шприцем и отыскивают проколом расширенный внутривнутрипеченочный проток. Игла оставляется *in situ*, как проводник. По игле делают надрез внутривнутрипеченочного протока и в отверстие его вставляют конец катетера. Катетер фиксируется в таком положении до тех пор, пока не исчезнет желтуха и не улучшится функция печени.

После этого приступают к образованию анастомоза. Один конец небольшого отрезка катетера вставляется во внутривнутрипеченочный проток, а другой конец, через произведенный разрез стенки 12-п.к., в просвет ее. Швами суживают рану стенки 12-п.к., одновременно пришивая ее к печени вокруг катетера.

На 12 таких операций автор имел 4 смертных случая: два — от печеночной недостаточности, одну — от кровотечения и одну от неизвестных причин (после выписки из стационара).

У одного больного наступил рецидив; у 7 отмечен положительный эффект при наблюдении от 3 до 5 лет.

Из 25 случаев со смертным исходом в 12 сл. смерть последовала от недостаточности печени, в 9 — от кровотечения и в 6 — от других осложнений.

15 чел. умерли в послеоперационном периоде в стационаре и 10 человек в различное время после выписки из госпиталя.

При острых холециститах а. рекомендует ограничиться холецистостомией, относя радикальную операцию на т. н. холодный период.

В. Юров.

Wegman F. *Осложненные переломы в детском возрасте*. Americ. Journ. of Surg. vol 39, № 2, 1938.

На основании большого опыта в лечении осложненных переломов у детей автор отдает преимущество консервативным методам. Лечение таких переломов следует индивидуализировать.

При повреждении одной из длинных костей конечности первая помощь больному заключается в наложении шины и вытяжении, за исключением тех случаев, когда один из концов кости высовывается из раны и может быть загрязнен; не меняя положения конечности, ее кладут на широкую шину, на рану накладывают повязку. В лечебном учреждении перелом исследуется рентгеновскими лучами. Больной телло

укрывается, ему вводится 5% раствор глюкозы или физиологический раствор, даются болеутоляющие средства. Затем исследуется рана, но никаких движений отломками кости не допускается.

Профилактически, если имеются показания, вводится сыворотка против столбняка и газовой гангрены.

После того как шок прошел, шина убирается, но вытяжение продолжается помощником. Повязка снимается, рана прикрывается марлей, очищается кожа, далее хирург очищает рану. Помощник смазывает кожу 2% раствором пикриновой кислоты. Если рана небольшая и кость не загрязнена, срезаются только края кожи. Если же имеются кровотечения и гематома, то рана расширяется и исследуется место кровотечения. Сухая повязка и иммобилизующая циркулярная повязка на конечность; повязка не снимается до сращения костей.

Если трудно установить правильно фрагменты кости и повреждение кожи обширно, накладывается скелетное вытяжение проволокой Kirschner'a, при этом следят, чтобы не ранить проволокой эпифизарной линии. Далее накладывается шина Thomas'a, или Murgay-Jones'a.

При осложненных переломах с очень большими повреждениями мягких тканей единственный удовлетворительный метод — это вытяжение, при нем удобно наблюдать за раной и делать перевязки. При таких переломах раньше, чем очищать рану, накладывается вытяжение по Kirschner'у; удаляются только те ткани, которые явно омертвели. Обширное удаление разорванной кожи и мышц может вызвать шок и не является необходимым. Через 3—4 недели, если рана чиста, на нее начинают пересаживать кожу в один или несколько сеансов для предотвращения контрактур. Затем, когда образование мозоли уже идет и мягкие ткани заживают, конечность закладывается в циркулярную повязку.

В лечении осложненных переломов у детей очень важен умелый уход. Ухаживающий персонал должен уметь поднимать и поворачивать таких больных, не двигая пострадавшую конечность, и должен быть знаком с механизмом вытяжения.

Н. А. Герасимова.

Collegbrook. *Химиотерапия военных ранений*. I. Am. m. Ass., T. 114. № 17, 27-IV, 1940.

Автор отмечает, что в современной войне ранения в значительном большинстве случаев инфицированы гемолитическим стрептококком. Последний явился причиной 70% смертельных исходов, а также ряда тяжелых осложнений, как рожа, флегмона и септицемия.

Опыты на мышах показали, что введение сульфаниламида и сульфациридина перед заражением имеет профилактическое значение. Однако однократно введенная профилактическая доза сульфациридина элиминируется из организма через 10—20 часов.

Чтобы застраховать больных в течение всего опасного периода от внутригоспитальной инфекции, следует вводить профилактическую дозу в течение 4 дней подряд. Первая доза 1,5 г сульфаниламида в 100 см³ 1% раствора лимонной кислоты. Через 2 часа дается вторая порция 0,5 г и затем эта доза повторяется через каждые 4 часа в течение 4 дней. Общее количество препарата доводится до 13,5 г. Если эти дозы хорошо переносятся, но не смогли предотвратить заражения, то приступают к введению еще больших доз.

В. Дембская.

д) Демография

Сп. Епид. *Влияние плодовитости и смертности на численность населения Англии и Уэльса*. Лондон, 1935.

За последние годы наблюдается резкое снижение роста населения Англии и Уэльса, и для 1933 года показатель воспроизводства выражается цифрой 0,845. Это означает, что изменение смертности не сможет приостановить падение численности населения, если что-либо не повысит плодовитости до прежнего уровня.

Для выяснения темпа и характера снижения численности населения и изменения возрастной структуры его производилось исчисление населения на 100 лет вперед — с 1935 года по 2035 год, исходя из трех различных предположений. Исходным материалом для исчисления послужили материалы всеобщей переписи 17 апреля 1931 г. и данные текущей регистрации о рождаемости и смертности и о миграционных процессах.

Первое исчисление базируется на предположении, что плодовитость, смертность и обусловливаемый ими общий показатель воспроизводства населения за все время наблюдения остаются неизменными на уровне 1933 года. По этому варианту население уменьшится через 50 лет до 33106 тысяч, или до 82% исходной величины, а через 100 лет численность населения уменьшится почти наполовину, т. е. до 19969 тысяч человек при базисной цифре в 40563 тысячи.

При втором исчислении предполагается снижение показателей плодовитости и