

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

смертности на будущее время, вплоть до 1965 года, как это в действительности происходило за последние годы. Для последующих лет (с 1965 г.) показатели плодovitости и смертности принимаются как стабильные. В соответствии с изменениями показателей плодovitости и смертности изменяется и показатель воспроизводства населения.

Согласно второму варианту численность населения снижается еще резче — через 50 лет население составит 26087 тысяч или 64% исходной величины, а через 100 лет останется только 4426 тысяч человек, т. е. почти $\frac{1}{3}$ часть исходной цифры.

Третье исчисление исходит из предпосылки, что показатель плодovitости, полученный для 1933 года, остается неизменным до конца периода наблюдений, показатель смертности продолжает снижаться как при втором исчислении, но только до 1950 года, а не до 1965 года. При таком предположении через 50 лет численность населения повышается до 41612 тысяч или 102,6% исходной величины, но через 100 лет население снова уменьшится до 33585 тысяч или 83,6% первоначальной цифры. Если показатели плодovitости и смертности остаются неизменными, то в соотношении возрастного состава 15—60 лет изменения не произойдет. В процентном соотношении детей 0—15 лет и стариков 60 лет и выше произойдет изменение в противоположную сторону. Отсутствие роста плодovitости приводит к окончательному уменьшению численности молодого населения. Непрерывное падение плодovitости влечет за собой чрезмерное повышение удельного веса стариков. Согласно второму исчислению старики в возрасте 60 лет и старше к концу периода наблюдения будут составлять больше половины всего населения.

Изменение общего показателя рождаемости зависит не только от изменения плодovitости, но и от колебания возрастной структуры населения. Коэффициент рождаемости, определяемый в первом исчислении для 1935—1939 г. г. в 14,18%, к 2030—2034 гг. снижается до 11,14%, что нужно отнести за счет повышения удельного веса стариков. При втором исчислении, допускающем снижение плодovitости, коэффициент рождаемости падает более стремительно, достигая к концу 1,4%.

Изменение возрастной структуры населения в гораздо большей степени влияет на общий показатель смертности. Согласно первому исчислению неисправленный коэффициент (общий показатель) смертности повышается с 12,88% в 1935—1939 г. г. до 21,39% в 2030—2034 гг., что можно объяснить повышением удельного веса стариков. При втором исчислении, вследствие непрерывного снижения плодovitости, происходит более интенсивное и быстрое изменение возрастной структуры населения, и поэтому общий показатель смертности повышается гораздо быстрее достигая цифры 47,1% к концу периода.

Профессор Ф. Г. Мухамедьяров.

ЗАСЕДАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

Хирургическое общество ТАССР

Заседание 3, V-1940 г. совместно с консультационным бюро Казанского эвакупункта

Доклады. I. Проф. И. В. Домрачев. *О лечении инфицированных ран и воспалительных процессов.* Были испытаны различные средства (аммарген, марганцовокислый калий, риванол, нод, бактерицид, хлорацид, белый стрептоцид в виде присыпки, активированный уголь в порошке, гипертонический раствор поваренной соли, новокаиновый блок и мазь Вишневского). Из антисептических средств докладчик отдает предпочтение хлорациду, ноду и белому стрептоциду. Весьма благоприятные результаты были получены при комбинированном лечении новокаиновым блоком и мазью Вишневского. Последняя не мешает оттоку отделяемого и удлиняет срок действия тампонов. Мазь Вишневского, обладая бактерицидными свойствами, одновременно усиливает лейкоцитоз, оказывает слабое раздражающее действие на периферический нервный аппарат и стимулирует процессы регенерации. Описывает технику применения масляно-бальзамических повязок по Вишневскому.

2. Доц. В. М. Осиповский. *Методы Вишневского в практике лечения военной травмы.* Докладчик сообщает клинические результаты лечения военной травмы способами Вишневского (новокаиновый блок, мазевая масляно-бальзамическая повязка) в условиях тылового госпиталя.

Новокаиновый блок поясничной области с успехом был применен во всех случаях коммунционально-контузионного синдрома. Больные имели в различной степени выраженные остаточные явления (резкая головная боль, шум в ушах, понижение слуха включительно до глухоты, общая слабость, апатия, общий тремор и явления гиперестезии.) Клинически лечебный эффект новокаинового блока характеризовался полным