

пике и др.). Гистологические изменения сводятся к декальцинации, бывшей до того нормальной, кости, к частичной резорбции органических составных частей и, отчасти, к процессам новообразования остеоидной субстанции, т. е. процесс остеомаляции совершенно идентичен рахиту, отличаясь от него лишь тем, что остеомаляция развивается в дотоле нормальных костях, при рахите же кости ненормальны от рождения (Schmogl). Толчками к развитию остеомаляции являются беременность (усиленная трата извести на скелетообразование зародыша) и лактация (большие потери извести с молоком). Терапия: длительное лечение фосфором с рыбьим жиром и, в крайнем случае, кастрация. Главнейшие выводы автора: 1) Казанская губ. и в частности район около г. Казани является едва ли не самым крупным очагом остеомаляции в нашей стране; 2) исключительное предрасположение к заболеванию остеомаляцией проявляют татарки, в возрасте от 20 до 40 лет; 3) средняя плодовитость больных остеомаляцией женщин в случаях автора всего 4 (т. е. далеко не чрезмерна, как это находят другие авторы); 4) из 4 исследованных случаев в 1, у небеременной остеомалятички, наблюдалась задержка Са, у трех же беременных имела место усиленная потеря извести, главн. образом путем выведения через кишечник; 5) обмен и усвоение Mg шли параллельно обмену и усвоению Са; 6) во всех случаях имела место резкая деформация таза; резкие же изменения со стороны нервно-мышечного аппарата (атрофия мышц, повышение их механич. возбудимости и рефлексов) наблюдались лишь в 3 случаях; 7) гистологические изменения в яичниках, прослеженные в 3 случаях, сводились к резкому гиалиновому перерождению сосудов коркового слоя яичников и во всех 3 случаях—к гипертрофии интерстициальной железы (являющейся результатом разрастания клеток thecae internaе в атрезирующихся фолликулах); 8) лечение фосфором даже в запущенных случаях может иногда дать блестящие результаты.

М. Фридланд.

Методы местной анестезии с каждым годом находят все большее применение. Так, напр., в Вюрцбургской клинике, по отчету F. König'a (Med. Klinik, 1923, № 7, S. 195—197), в 19²⁰/₂₁ г. из 2200 операций 600 было произведено под местной анестезией, что составляет 27%; в 19²¹/₂₂ году из 2330 операций произведено под местной анестезией 910, т. е. 39%. В качестве анестезирующего средства применялся лишь 1/2%-ый раствор novocain-surgarenin'a, общее количество которого обычно не превышало 300 ст.³ раствора. Техника анестезии на конечностях сводилась к 4—5 вколам, через которые пропитывалась вся толща тканей конечности в проксимальном от операционного фокуса направлении. Минут через 10—20 наступала полная анестезия. На туловище применялось послынное пропитывание, паравертебральная анестезия и др. Выводы автора могут быть сведены к следующим положениям: 1) даже самые минимальные дозы местной анестезии могут иметь общее токсическое действие, ввиду чего при наличии повышенного кровяного давления, базедовой болезни и в других сомнительных случаях лучше за сутки до операции ввести больному для пробы 20 ст.³ раствора; 2) инъекции не должны производиться быстро одна за другой, чтобы

можно было при первых же явлениях общего токсического действия прекратить дальнейшую анестезию; 3) общее количество введенного чистого новокаина не должно превышать двух граммов; 4) чем дальше от центральной нервной системы производится инъекция, тем она безопаснее; 5) особенно богаты опасными осложнениями паравертебральная анестезия шейного сегмента, анестезия п. splanchnici и plexus brachialis; поясничная анестезия также опаснее общего наркоза; 6) опасны инъекции в области инфицированных тканей (способствуют распространению инфекции); 7) надо всячески избегать оперировать больных ex tempore, так как течение наркоза и анестезии тем благоприятнее, чем лучше психическая подготовка больного к предстоящей операции.

М. Фридланд.

г) *Акушерство и гинекология.*

Остановка послеродовых кровотечений по Ненкелю. По Zimmernannу (реф. Zentr. f. Gyn., 1923, № 26) техника этого способа состоит в следующем: мочевого пузыря опорожняется путем катетеризации; влагалище раскрывается передним и задним ложкообразными зеркалами, влагалищная часть захватывается пулевыми щипцами и низводится из introitus vaginae; затем оттягивают влагалищную часть в одну сторону, а стенку влагалища — в другую, при помощи бокового зеркала, причем параметрий напрягается; после того, взяв щипцы Museau, врач накладывает их, впячивая возможно высоко рукавную стенку, на ребро матки и зажимает; тоже самое делается и с другой стороны. Таким образом щипцы захватывают основания обоих широких связок вместе с маточными артериями, сжимают их и мешают доступу крови в матку. Оставляются щипцы на связках в течение суток, причем, по избежание пролежней, находящиеся в рукаве части их обматываются марлей. За последние 4 года этот способ остановки кровотечения был применен в Иенской клинике 17 раз, причем во всех этих случаях он достиг своей цели и не вызвал нежелательных повреждений пузыря, мочеточников и пр.

В. Груздев.

Лечение послеродового сепсиса хинином. Lucker (по реф. Вр. Газ., 1924, № 2) получил очень хорошие результаты от лечения пуэрперального сепсиса впрыскиваниями двухлористого хинина. Обыкновенно впрыскивания производятся внутримышечно, в ягодицы или бедра, причем для каждого впрыскивания берется 0,3 хинина в 1 куб. сант. воды, и впрыскивания производятся в течение 6—10 дней. В наиболее тяжелых случаях, однако, лучше прибегать к внутривенным впрыскиваниям, для которых берется 0,18—0,3 хинина на 10 куб. сант. воды; такие впрыскивания производятся 2—3 раза с промежутками в 2 суток.

В. Груздев.

Влагалищное кесарское сечение в истинном смысле слова. Проф. Н. М. Какушкин (Врач. Газ., 1924, № 2) убедился, что рассечение шейки при операции влагалищного кесарского сечения — и ненужно, и даже вредно, а следует опоражнивать матку влагалищным путем, вскрывая полость ее лишь в области ее тела. Операция производится след. обр.: сделав в переднем своде поперечный или