

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 извлекается 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. Оставляя щипцы на связках течение суток, причем, по избежание пролежней, находящиеся в руке 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 пuerперального 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. Какущкин (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

Т-образный разрез, оперирующий, отслаивает от маточной шейки мочевого пузыря, вскрывает брюшную полость, защищает пузырь подъемником, делает по средней линии тела матки небольшой продольный разрез, захватывает края разреза двузубцами, подтягивает отверстие ближе к влагалищному просвету, удлиняет разрез по направлению к дну матки ножом или ножницами, извлекает введенными в матку двумя или тремя пальцами сначала плод, потом послед, выскабливает *sacrum uteri* ложкой для удаления отпадающей оболочки, затем зашивает маточную рану, брюшину и свод. По мнению проф. К. этот способ влагалищного кесарского сечения представляет значительные преимущества перед обыкновенным, *Dührssen's*овским: рука оперирующего находит себе при нем большой простор, полость матки становится доступною глазу, и матка, — особенно ее шейка, — гораздо меньше уродуется.

В. Груздев.

#### д) Детские болезни.

К патогенезу желтухи новорожденных. После того, как *Hijmans van den Bergh* показал, что при помощи диазореакции можно различать два вида билирубина, — застойный, прошедший через печень, и функциональный, не прошедший через нее, многими авторами была исследована в этом направлении и желтуха новорожденных; оказалось, что у новорожденных всегда имеется в крови функциональный билирубин, причем количество его повышено против нормы даже у тех из них, у которых нет явной желтухи. *Schick* высказал предположение, что у зародыша в выработке билирубина участвует плацента, которая подобно селезенке является частью ретикуло-эндотелиальной системы. Однако, *Cserny* и *Liebmann* (*Klin. Woch.*, 1923, № 46), нашли, что кровь, идущая в пуповине от плаценты, содержит на 25% меньше билирубина, чем кровь, идущая от новорожденного к плаценте, что противоречит гипотезе *Schick*'а. Они полагают, что у зародыша билирубин выделяется через плаценту; когда же, после рождения, этот способ выделения прекращается, а печень еще не приспособилась к новым условиям кровообращения, количество билирубина в крови у большинства новорожденных повышается настолько, что появляется желтуха.

Е. Ленский.

Брюшной тиф у детей. Н. Умиков (*Jahrb. f. Kinderh.*, В. 103, Н. 1/2, 1923) дает след. сводку 429 случаев, наблюдавшихся в Тифлисе за 1914—18 г.г. Эпидемии развивались преимущественно осенью, причем мальчики хворали чаще и сильнее девочек; большинство больных детей было в возрасте 5—12 лет; чем моложе был больной, тем легче протекал у него тиф. Средняя продолжительность легкого случая была 25 дней, тяжелого — 40,4 дня. В 86,5% всех случаев наблюдалась *Wunderlich*'овская темпер. кривая, в 4% —  $t^0$  была ремиттирующая, в 9,5% — неправильная; падение  $t^0$  продолжалось 5—8 дней, в исключит. случ. — только 2 дня. Пульс был в неосложнен. случаях замедлен. У 50% отмечался метеоризм, у 25% — болезненность живота. Понос был только у 32%; у 41% стул был нормальный, а у 27% имелся запор. Кишечные кровотечения наблю-