

и promontorium со стороны брюшной полости по вскрытии ее. В связи с указанным и техника введения раствора к передней поверхности крестца для образования первого инфильтрата совершенно упрощается по сравнению с парасакральной анестезией по Вгаип'у. В моем методе нет надобности иглой искать уровень того или другого сакрального отверстия с двух сторон, чтоб точнее подвести раствор к нервам, а достаточно просто вколоть иглу позади анального отверстия, у верхушки копчика и тотчас же начать инъекции, продвигая иглу дальше на некоторую глубину по направлению к передней поверхности крестца. Раствор сам найдет свое место. Впрыснуть нужно сюда 300—400 граммов раствора.

Каждый гинеколог, желающий оперировать в области абдоминальной гинекологии с местной анестезией, кроме того должен хорошо владеть анестезией париетальной брюшины в области разреза стенки живота и анестезией брыжжеек кишек не только для того, чтоб одолеть встречающиеся иногда сращения далеко за пределами таза, но и для того, чтоб устранить наблюдаемое иногда выпадение кишек из нижнего этажа брюшной полости.

Для анестезии я пользуюсь 0,25% новокaina в растворе Рингера, из которого сода удалена. На каждые 100,0 раствора прибавляю 2 капли адреналина. Этот раствор при послойном введении и разрезе без выжидания ввожу в очень больших количествах, не получая никогда интоксикации.

Выводы. 1. Методом ползучих, сливающихся инфильтратов в брюшной полости можно получить надежную анестезию органов для всех ее отделов.

2. Для продвижения инфильтратов надо пользоваться определенными анатомическими условиями.

3. Слабый раствор и осторожная инъекция его делают возможным производить безнаказанно пропитыванье листков брыжжеек и париетальной брюшины в каких угодно размерах.

Из клиники болезней носа, горла и уха Казанского гос. института для усов. врачей имени В. И. Ленина. (Директор клиники—проф. В. К. Трутнев).

К вопросу о лечении атрофического ринита.

Асс. Д. Н. Матвеев.

Терапия атрофического ринита очень богата методами лечения и лекарственными средствами, но ни одно из них нельзя считать удовлетворительным. Электролиз, вапоризация, пульверизация, лечение рентгеном, радием, ультрафиолетовыми лучами также не дают излечения. Недействительны также и операции пересадки Стенонова протока в Гайморову полость и слезных каналов в средний носовой ход. Временный лечебный эффект и возврат к болезненному состоянию (Воячек) дают операции сужения носовых ходов как путем сдвигания латеральных стенок полости носа к перегородке внутрь (Halle, Lautenschläger), так и имплантации пластинок хряща, кости, жира, гуттаперчи и друг. Не

дает уверенных результатов и попытка воздействовать на нервные узлы и ветви, как например, иссечение симпатического сплетения сонной артерии (Portmann). Малодействительно и лечение вакцинациями (аутовакциона Abraham и друг.). Не вылечивают, но приносят облегчение больным подистые препараты (Цитович), масляная тампонада и промывание щелочными растворами. Оба последние способа тяжелы при постоянном применении и кроме того небезопасны в отношении осложнений со стороны средних ушей.

Как правило, терапия атрофического ринита требует: очистки слизистой оболочки носа от выделений, корок, легкое раздражение массажем для оживления ее жизнеспособности и смазывание жирным покровом для уменьшения ранимости. В виду того, что носовая полость при атрофическом рините богата бактериальной флорой, целесообразно также применение дезинфицирующего вещества. Одним из средств, удовлетворяющих вышеуказанным свойствам, можно считать эластический коллодий. Хорошее дезинфицирующее и в то же время сильно раздражающее, благодаря своей главной составной части — эфиру, коллодий пленкой, образуемой на поверхности смазывания, останавливает кровотечение, уменьшает высыхание слизистой оболочки. При этом сохраняется не только целостность ее, но и увеличивается сопротивляемость к внешним воздействиям.

К лечению атрофического ринита коллодием нас привело следующее обстоятельство. Исходя из литературных данных терапии атрофического ринита сужением патологически расширенных ходов носа, мы сделали попытку тампоном, смоченным в коллодии, закрывать частично или совсем ноздри. Таким путем мы рассчитывали создать условия, благоприятствующие лечению. Наш опыт оказался неудачным, так как тампоны во входе носа не удерживались и через несколько часов выбрасывались наружу. Несмотря на это, больные каждый раз отмечали некоторое улучшение дыхания, уменьшение нарастания корок и дурного запаха. Записав это действие коллодия, мы стали пробовать его, как смазывающее средство при атрофических ринитах. Терапевтическое действие коллодия подтвердилось, и мы провели систематическое наблюдение над 20-тью больными с наиболее тяжелой формой поражения. После предварительной очистки полости носа от корок ватником, смоченным 2% раствором кокаина, слизистая оболочка носа смазывалась коллодием, причем производился небольшой массаж. Впоследствии, когда нарастание корок уменьшалось, смазывание коллодием проводилось без предварительной очистки полости носа кокаином. Во время смазывания больной должен выдыхать через нос, чтобы пары эфира не попадали в легкие. Вся процедура быстрая, безболезненная. Слизистая после смазывания делается гиперемизированной, набухлой, сочной, что свидетельствует об улучшении кровообращения в ней. Смазывание коллодием в свежих случаях производилось через день, а затем 1—2 раза в неделю. При наступлении улучшения на более или менее продолжительное время мы прекращали всякое лечение. При этом в большинстве случаев наблюдался возврат к старому состоянию, хотя темп обратного развития очень разнился между отдельными случаями. Одним из ускоряющих моментов является, повидимому, заболевание придаточных пазух носа. Постепенно удлиняя сроки перерывов в лечении — в 4-х случаях при перерыве более 9-ти месяцев не было отмечено ухудшения. Наблюдения наши заняли около 1½ года

времени. Длительное применение коллодия давало нам лучшие результаты, но уже и после 10 смазываний отмечалось некоторое улучшение в смысле прекращения постоянных носовых кровотечений, исчезания корок и дурного запаха и восстановления обоняния и носового дыхания. Некоторое улучшение отмечали больные при лечении и в общем самочувствии.

В оценке действия коллодия на атрофический ринит по нашему небольшому материалу можно сказать, что оно, как симптоматическое средство, приносит облегчение больным и в некоторых случаях с хорошим и длительным эффектом.

Уфимская терапевтическая областная больница. (Завед. отделен. доктор медицины Д. И. Татаринov).

К вопросу об уремии.

Д-р С. И. Сперанский.

Вопрос о почечных заболеваниях в сравнительно короткое время подвергся существенным изменениям и обогатился новыми фактами. Классификация Volchard'a и Fahr'a, объединившая патолого-анатомические и клинические мировоззрения, составила крупный этап в истории развития клиники почечных заболеваний. Дальнейшая разработка вопроса открыла совершенно новые горизонты. Термин „почечные заболевания“ постепенно теряет свой прежний смысл. Schlayer высказывает мысль, что нефроз представляет собою заболевание всего организма, его тканей, где почкам отводится далеко не первое место. Склеротическое поражение почек представляет лишь частное явление страдания всей сосудистой системы и, по Umbert'u, поражение артериол вне почек, например в сетчатке глаза, иногда задолго предшествует нефросклерозу. С развитием функциональной диагностики мы имеем возможность вместо статического состояния органа, изучать его динамику. Вопрос об уремии также не остался в стороне от внимания исследователей и подвергся за последнее время тщательной разработке, в связи с чем и здесь намечаются новые пути для разрешения проблемы уремии. Выделение азота почками, по Volchard'y, представляет единственно важную для жизни организма их функцию. Давно известно, что с нарушением выделительной способности почек происходит в организме ретенция азота, наличие которого в крови в виде мочевины до недавнего времени расценивалось как непосредственная причина уремического симптомокомплекса. В настоящее время, с установлением факта малой ядовитости мочевины и ее сравнительной безвредности—ей уже не приписывают главной роли в деле развития уремии. Мочевина является лишь чувствительным реагентом, показателем нарастания или уменьшения неизвестных субстанций, прямых виновников уремии, но не ее производящим фактором.

Естественно, что с установлением второстепенной роли мочевины, усилия исследователей были направлены на расшифрование других компонентов остаточного азота крови, в составе которого, как теперь известно, кроме мочевины входят: мочева кислота, креатин, креатинин, индикан, уророзеин, аминокислоты и неизвестные еще соединения. Каждому