

Врачебная Газета

КЛИНИЧЕСКАЯ и БЫТОВАЯ ГАЗЕТА

для врачей.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

д-ровъ мед. А. А. Лозинскаго и Г. И. Дембо.

1911 годъ.

годъ ХУІІІ.

Издатель **Ө. В. Эттингеръ.**

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія издательства „Практическая Медицина“ (Ө. В. Эттингеръ), Б. Сампсоньевскій просп., 61.

1911.

вообще обострение болезненного процесса. Больной, раньше лихорадивший и въ мокротѣ котораго всегда находилось много бацилл, достигъ подъ вліяніемъ леченія весьма удовлетвори- тельнаго состоянія: кашель значительно уменьшился, какъ и выдѣленіе мокроты, бациллы не находятся въ мокротѣ, работо- способность повысилась и больной приступилъ къ своимъ обы- чнымъ занятиямъ и т. д.

Подъ вліяніемъ неосторожной дозы (съ 0,6 примѣнена была доза въ 1,0) вся картина рѣзко ухудшилась: въ легкихъ появи- лись обильные крепитирующие звучные хрипы, до того времени едва гдѣ уловимые, появились козлики плеврального характера, усиленный спазматическій кашель съ большимъ количествомъ мокроты, въ которой появилось много бацилл, между кото- рыми попадались между прочимъ и инволюціонныя формы. Появилось кровохарканіе въ видѣ нѣсколькихъ стучковъ неболь- шихъ размѣровъ и длящееся всего, правда, четыре дня, при- чемъ оно, исчезнувъ, не оставило по себѣ какихъ-либо худихъ послѣдствій. Замѣчательно, что при этомъ, такъ сказать, позд- нѣе инкубаторъ температура никогда не повышается или же чуть повышается на 0,1—0,3°. Давъ остановиться кровотеченію и вы- ждавъ нѣсколько усвоения больного, можно смѣло приступитъ вновь къ инъекціямъ съ дозъ, конечно, нѣсколько меньшихъ тѣхъ, на которыхъ пришлось остановиться. Дѣло опять налажи- вается, и больной, потерявшій за это время въ вѣсъ около 1—2 кило, поправляется, правда, иногда довольно долго, пока воз- ставится вполнѣ хорошее состояніе и возвратится опять прежняя работоспособность. При терпѣнн и соответствующихъ условіяхъ со стороны больного здоровья тѣмъ не менѣе безус- ловно восстанавливается съ каждымъ днемъ.

Какъ уже было сказано, всѣ эти явленія несомнѣнно должны быть отнесены за счетъ сильной гипереміи и инкульти- рованія внезапно выдѣляющимися въ значительномъ количествѣ эндотоксинами.

Что касается кровотеченія, появляющагося послѣ того, какъ, видимо, процессъ началъ уже подживать, то надо предположить здѣсь, что большая доза фосфаида, примѣненная при недоста- точно произведенной оцѣнкѣ состоянія больного, повлекла за собой улазаніемъ выше путемъ распадъ начавшихъ рубце- ваться туберкулезныхъ фокусовъ, иначе говоря, здѣсь было не- осторожно вызвано значительное эндотоксикеміе.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Изъ Тифлисской Михайловской больницы.

CXLII. Наблюденія надъ скополаминъ-морфій- хлороформнымъ наркозомъ.

А. И. Григоряна (Тифлисъ).

Скополаминъ, представляющій сильнѣйшій ядъ, добывается изъ растенія *Scopola Atropoides* и при- надлежитъ къ группѣ атропина ¹⁾. Для наркоза онъ, въ смѣси съ морфіемъ, предложенъ впервые Schneiderlin^{омъ} и вскорѣ послѣ этого быстро приобрѣлъ симпатію хирурговъ по простотѣ примѣненія и точ- ности дозировки, такъ что въ нѣкоторыхъ клиникахъ (напр. въ клиникѣ проф. Schinzingera во Фрейбургѣ) онъ даже вытѣснилъ хлороформъ.

Schoemaker ²⁾ сообщилъ о своихъ 3000 наблю- деніяхъ надъ скополаминъ-хлороформно-эфирнымъ наркозомъ, который, по мнѣнію автора, удобенъ для больного, дѣлая для него всю тягостную процедуру приготовления къ операциі совершенно незамѣтной; количество хлороформа уменьшается, и весь наркозъ протекаетъ гораздо легче обыкновеннаго.

W. Berthold ³⁾ говоритъ, что громадное преимущ- ство скополаминъ-морфій-хлороформнаго наркоза въ томъ, что при немъ требуется въ высшей степени мало хлороформа.

Такой наркозъ совершенно безопасенъ. Необходи- мого примѣнить всегда свѣжіе, прозрачные растворы, не старше 3 дней. Большой въ теченіе 1 часа до опе- рации долженъ лежать совершенно спокойно, избѣгая какихъ бы то ни было внѣшнихъ раздраженій (шума, разговора, рѣзкаго свѣта).

Изъ русскихъ авторовъ, изучавшихъ и предла- гавшихъ скополаминный наркозъ, надо указать на д-ра Грекова и прив.-доц. В. П. Гейнца ⁴⁾.

В. А. Бродскій ⁵⁾ въ засѣданіи Акушерско-Гине- кологическаго Общества въ Москвѣ 18 ноября 1909 г. сообщилъ, что онъ широко примѣняетъ скополамино- вый наркозъ для безболѣзненнаго проведенія родовъ по системѣ Фрейбургской клиники. Наизъ той же клиники на послѣднемъ свѣдѣ въ Будапештѣ пред-

ставилъ свои наблюденія надъ 1600 роженницами, при- чемъ, по словамъ докладчика, уменьшеніе родовыхъ болей доведено имъ до полного уничтоженія... Во время преній многіе высказались за опасность этого метода, и предложено еще много разъ испытать его.

Для выясненія весьма важнаго вопроса о вліяніи нѣсколькихъ анестезирующихъ веществъ, введенныхъ въ организмъ одновременно, и сошлюсь на докладъ А. И. Шоффа ⁶⁾ «О комбинированномъ дѣйствіи анес- тезирующихъ веществъ» (Общ. русск. врачей въ Пе- тербургѣ), который на основаніи своихъ опытовъ надъ животными пришелъ, между прочимъ, къ заключенію, что сочетанія двухъ анестезирующихъ средствъ дѣ- ствуютъ сильнѣе, чѣмъ можно было бы ожидать по арифметической суммѣ двухъ отдѣльныхъ эффектовъ.

Проф. E. Bürgi ⁷⁾, изслѣдуя вопросъ о дѣйствіи сочетаній наркотическихъ средствъ, кашель, что если ввести въ организмъ два наркотическихъ средства одновременно, или одно вслѣдъ за другимъ, то полу- чается гораздо болѣе сильное дѣйствіе, чѣмъ можно было бы ожидать при простомъ сложении эффектовъ отъ каждаго изъ нихъ въ отдѣльности. Результатъ отъ такого сочетанія можетъ усиливаться въ 2—3 и болѣе разъ. Это бываетъ особенно въ томъ случаѣ, когда берутъ 2 лекарства, имѣющія химическое сред- ство съ различными веществами организма, т. е. если они имѣютъ различныя клѣточные рецепторы. Такое явленіе авторъ наблюдалъ, напр., при сочетаніи скопо- ламина съ морфіемъ или съ какими-нибудь наркоти- ческими жирнаго ряда. Напротивъ, при сочетаніи раз- личныхъ наркотическихъ жирнаго ряда между собой (паральдегидъ, хлоралдегидъ, уретанъ) дѣйствія ихъ вообще просто суммируются, такъ какъ всѣ эти пре- параты имѣютъ одинъ и тотъ же клѣточный реце- пторъ (лецитинъ, холестеринъ). Далѣе, авторъ кашель, что любая доза одного и того же наркотическаго про- являетъ болѣе сильное дѣйствіе, если ее принять не сразу, а въ 2 или нѣсколько приемовъ, быстро слѣ- дующихъ одинъ за другимъ.

Что касается техники примѣненія и дозировки скополаминъ- морфія, то она сводится въ общемъ къ слѣдующему: одинъ авторъ предлагаетъ за 4, 2 и 1/2 часа до предполагаемой опе- рации впрыскивать растворъ, содержащій 0,01 морфія и 0,0012 скополамина; слѣдовательно всего больной получаетъ 0,03 мор- фія и 0,0036 скополамина. Berthold считаетъ совершенно доста- точно впрыскивать 1 разъ 0,0003 *Scopolamini hydrobromici* и 0,01 морфія за 1 часъ до начала хлороформированія. Schoemaker предлагаетъ слѣдующую технику: вазалунъ, въ 12 ч. вѣч., больной получаетъ 1,0 воронала; утромъ въ 6,5 часовъ прова- дится впрыскиваніе 0,00025 скополамина и 0,0075 морфія. Чѣ- резъ 1 часъ впрыскиваніе повторяется, и въ 8 час. вводится усиленное хлороформомъ. Слѣдовательно, онъ вводитъ въ ор- ганизмъ всего 0,0005 скополамина и 0,0015 морфія. У старшихъ и истощенныхъ больныхъ Schoemaker предлагаетъ начать впры- скиваніе съ 0,125 мгрм. скополамина, а затѣмъ, смотря по реак- ціи, усилить дозу.

Желая испробовать и лично убѣдиться въ каче- ствахъ скополаминъ-морфій-хлороформнаго усми- ненія, я рѣшилъ примѣнить его на цѣломъ рядѣ боль- ныхъ, причемъ полученные результаты оказались до- вольно утѣшительными.

Въ своихъ опытахъ я примѣнялъ этотъ наркозъ слѣдующимъ образомъ.

За 1 1/2 часа до предполагаемой операциі больному впры- скивался 1 шприцъ скополаминъ-морфія (всегда свѣжаго) слѣдую- щаго состава:

Rp. *Scopolamini hydrobrom.* 0,002
Morphii muriatici 0,1
Aq. dest. 10,0

т. е. сразу вводилось 0,0002 скополамина и 0,01 морфія; спустя 1 часъ (resp. за 1/2 часа до начала хлороформированія) впры- скиваніе повторялось. Такимъ образомъ больной получалъ всего 0,0004 скопол. и 0,02 морфія. Послѣ перваго же впрыскиванія больной помѣщался въ отдѣльную, но ярко освѣщенную комнату подъ медицинскимъ надзоромъ.

Усмысленный по этому способу свѣдано 80. Ниже я привожу таблицу, которая наглядно указываетъ на продолжительность каждой операциі, количество израсходованнаго при ней хлоро- форма, на рвоту во время операциі и явленія послѣоперацион- наго періода.

ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА 1911, № 31.

| № по порядку | Операцин. | Продолж. операціи (въ минутахъ) | Колѣч. израсх. хлороформа. | Рвота во время операціи. | Явленія послѣопераціоннаго періода. |
|--------------|--|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|---|
| 1 | Urethrotomia ext. (calcul.) | 35 | 20,0 | — | — |
| 2 | Operatio plast. labii inf. or. | 60 | 5,0 | — | — |
| 3 | Resectio costae | 15 | 8,0 | — | — |
| 4 | Herniotomia | 35 | 10,0 | — | — |
| 5 | Extirp. teratom. reg. sacral. | 65 | 50,0 | — | — |
| 6 | Amputatio cruris | 40 | 20,0 | — | — |
| 7 | Castratio | 20 | 15,0 | — | Однокр.рвота |
| 8 | Lymphad. tbc. colli (extirp.) | 40 | 20,0 | — | — |
| 9 | Operatio abscess. paraneph. | 15 | 15,0 | — | — |
| 10 | Herniotomia | 40 | 25,0 | — | — |
| 11 | Transpl. cutis (m. Thiersch) | 15 | 12,0 | — | — |
| 12 | Herniotomia | 25 | 15,0 | — | — |
| 13 | Herniotomia | 30 | 40,0 | — | — |
| 14 | Herniotomia | 30 | 20,0 | — | — |
| 15 | Herniotomia | 30 | 10,0 | — | Рвота через 8 ч.; метеор., боли въ животѣ |
| 16 | Herniotomia | 30 | 25,0 | — | — |
| 17 | Herniotomia | 30 | 25,0 | — | — |
| 18 | Laparotomia | 30 | 3,0 | — | — |
| 19 | Echinococcotomia | 30 | 10,0 | — | — |
| 20 | Herniotomia | 30 | 30,0 | — | — |
| 21 | Resectio costae | 5 | 10,0 | — | — |
| 22 | Excochleatio manus | 15 | 5,0 | — | — |
| 23 | Laparotomia | 20 | 15,0 | — | Однокр.рвота |
| 24 | Herniotomia | 30 | 7,0 | — | — |
| 25 | Herniotomia | 25 | 5,0 | — | — |
| 26 | Castratio | 30 | 15,0 | — | — |
| 27 | Herniotomia (duplex) | 10 | 14,0 | — | — |
| 28 | Herniotomia | 20 | 10,0 | — | — |
| 29 | Laparotomia | 25 | 10,0 | — | — |
| 30 | Laparotomia | 30 | 10,0 | — | Тощнота |
| 31 | Herniotomia | 40 | 15,0 | — | — |
| 32 | Castratio | 10 | 10 | — | — |
| 33 | Herniotomia | 25 | 10,0 | — | — |
| 34 | Extirp. glandul. fossae axillar. | 60 | 12,0 | — | — |
| 35 | Herniotomia c. castratio | 60 | 20,0 | — | — |
| 36 | Herniotomia (duplex) | 25 | 20,0 | — | — |
| 37 | Extirpatio lipomae colli | 20 | 2,0 | — | — |
| 38 | Amputatio cruris | 30 | 4,0 | — | — |
| 39 | Amputatio femoris | 30 | 15,0 | — | — |
| 40 | Herniotomia | 25 | 15,0 | — | — |
| 41 | Resectio articul. genu | 40 | 30,0 | — | — |
| 42 | Herniotomia | 30 | 35,0 | — | — |
| 43 | Laparotomia | 40 | 20,0 | — | — |
| 44 | Laparotomia | 30 | 2,0 | — | — |
| 45 | Extirpat. gland. colli | 30 | 20,0 | — | — |
| 46 | Resectio costae | 15 | 10,0 | — | — |
| 47 | Сшив. сухож. кисти | 30 | 15,0 | — | — |
| 48 | Excochleatio | 10 | 12,0 | — | — |
| 49 | Resectio costae | 20 | 18,0 | — | — |
| 50 | Incisio (abscess. reg. hep.) | 15 | 10,0 | — | — |
| 51 | Extirp. grand. colli | 40 | 20,0 | — | — |
| 52 | Injectio emuls. jodof. glycer. | 10 | 3,0 | — | — |
| 53 | Operatio haemorrhoes | 25 | 15,0 | — | — |
| 54 | Herniotomia | 35 | 17,0 | — | — |
| 55 | Oper. hydroc. (m. Winkelm.) | 10 | 12,0 | — | — |
| 56 | Oper. haemorrhoes | 20 | 15,0 | — | — |
| 57 | Oper. Hygromitis | 10 | 15,0 | — | — |
| 58 | Laparotomia | 35 | 20,0 | — | — |
| 59 | Trepan. sin. frontal. | 15 | 20,0 | — | — |
| 60 | Herniotomia | 25 | 15,0 | — | — |
| 61 | Herniotomia | 30 | 30,0 | — | — |
| 62 | Oper. plast. labii infer. | 40 | 15,0 | — | — |
| 63 | Extirp. tumor. subm. | 25 | 10,0 | — | — |
| 64 | Oper. fistulae ani | 10 | 15,0 | — | — |
| 65 | Trepan. proc. mastoid. | 20 | 15,0 | — | — |
| 66 | Oper. plast. labii infer. | 60 | 20,0 | — | — |
| 67 | Amputatio man. d. | 30 | 15,0 | — | Однокр.рвота |
| 68 | Oper. condylom reg. ani | 15 | 15,0 | — | — |
| 69 | Oper. abscess. paran. | 15 | 15,0 | — | — |
| 70 | Oper. abscess. colli. | 10 | 15,0 | — | — |
| 71 | Herniotomia | 30 | 20,0 | — | — |
| 72 | Herniotomia | 25 | 25,0 | — | — |
| 73 | Oper. abs. paraneph. | 15 | 15,0 | — | — |
| 74 | Oper. fist. ani | 15 | 10,0 | — | — |
| 75 | Extirp. glandul. colli et excochl. ped. sin. | 20 | 15,0 | — | — |

| № по порядку | Операцин. | Продолж. операціи (въ минутахъ) | Колѣч. израсх. хлороформа. | Рвота во время операціи. | Явленія послѣопераціоннаго періода. |
|-----------------|----------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 76 | Herniotomia | 25 | 20,0 | — | — |
| 77 | Castratio | 20 | 25,0 | — | — |
| 78 | Operatio haemorrhoes | 35 | 15,0 | — | — |
| 79 | Oper. haemorrhoes | 20 | 10,0 | — | — |
| 80 | Amput. femoris | 35 | 25,0 | — | — |
| Итого | | 2190 | 1300,0 | | |

Изъ этой таблицы мы прежде всего видимъ, что при описанномъ способѣ усыпленія въ теченіи каждой минуты хлороформа уходитъ лишь немного болѣе 0 5; это немного, если принять въ соображеніе большую распространенность алкоголизма на Кавказѣ. Далѣе, изъ этой же таблицы видно, что во время хода операціи у больныхъ не наблюдалось рвоты. Въ послѣ-операционномъ періодѣ изъ числа этихъ 80 больныхъ въ зависимости отъ хлороформа рвота была только у 3 (№№ 6, 22 и 67); что касается рвоты у больного № 15, то едва-ли ее можно приписать вліянію хлороформа. Надо думать, что причиной въ данномъ случаѣ было раздраженіе брюшины (см. таблицу).

Тощнота была только у 1 больного (№ 30).

Клиническія явленія, вызываемыя скополаминомъ морфіемъ въ приведенной выше дозѣ, сводятся въ общемъ къ слѣдующему: спустя 1 часъ послѣ перваго впрыскиванія больной не засыпалъ, бодро отвѣчалъ на вопросы и не жаловался на какія-либо ощущенія, обусловленныя скополаминомъ морфіемъ, и только весьма слабыя и истощенныя имѣли вялый, сонный видъ и жаловались на онемѣніе рукъ и ногъ. Черезъ 1/2 часа послѣ втораго впрыскиванія (resp. передъ самымъ хлороформированіемъ) дѣйствіе скополаминомъ-морфія обнаруживалось уже довольно замѣтно, хотя все-таки до болѣе или менѣе глубокаго сна дѣло никакъ не доходило. Больной становился апатичнымъ, неохотно отвѣчалъ на вопросы, глаза его невольно слипались, и многие относились ко всему окружающему совершенно безразлично; суета, сопряженная съ приготовленіемъ къ операціи, на большинство больныхъ не оказывала никакого вліянія.

Достоинно вниманія, что пульсъ больныхъ передъ хлороформированіемъ въ большей части случаевъ оставался въ предѣлахъ нормы какъ по частотѣ, такъ и по качеству, а между тѣмъ извѣстно, что при наркозѣ только хлороформомъ пульсъ, вслѣдствіе волненія, бываетъ обыкновенно учащенъ, малъ и выравнивается лишь по мѣрѣ наступленія сна. На алкоголиковъ скополаминомъ-морфія оказывалъ менѣе замѣтное дѣйствіе.

Больныхъ приносили для операціи обыкновенно на кроватяхъ и перекладывали на столъ служителя, но многие имѣли возможность лечь на столъ и безъ посторонней помощи.

На болѣе или менѣе сильную боль до хлороформированія (уколы, кожный разрѣзъ и даже мытье твердыми щетками) больной всегда реагировалъ, и въ этомъ отношеніи я, на основаніи личныхъ наблюденій, не могу согласиться съ тѣми авторами (Berthold), по мнѣнію которыхъ впрыскиваніе скополаминомъ-морфія, даже въ дозахъ 0.0003 и 0.01 (меньше вводимой мною), достаточно для произведетва хотя бы небольшихъ операцій безъ боли; мои больные реагировали на всякія болѣзненные манипуляціи вплоть сознательно, заявляя объ этомъ спустя много часовъ послѣ операціи. Такимъ образомъ операціи на моихъ больныхъ начинались не ранѣе, какъ послѣ болѣе или менѣе глубо-

каго усиления хлороформомъ. Въ большей части случаев сонъ наступалъ гладко, безъ періода возбужденія; послѣднее, но въ относительно болѣе смѣченной формѣ, наблюдалось лишь при рѣзко выраженномъ алкоголизмѣ. Рвота, какъ правило, не имѣла мѣста.

Послѣ пробужденія, которое окончательно наступало черезъ 2—3—4 часа, больные никогда не жаловались на головную боль, и всѣ заявляли о хорошемъ самочувствіи.

Болѣе или менѣе отдаленныхъ явленій, вызванныхъ скополаминъ-морфий-хлороформнымъ наркозомъ, я также не наблюдалъ ни въ одномъ случаѣ.

Возрастъ больныхъ колебался между 15 и 56 годами. Выводы, къ которымъ я пришелъ на основаніи своихъ 80 наблюденій, сводятся къ слѣдующему:

- 1) Двукратное впрыскиваніе свѣжаго раствора скополаминъ-морфій по 0,0002 и 0,01 до 1½ и ½ часа до начала хлороформированія совершенно безопасно для больныхъ въ возрастѣ отъ 15 до 56 лѣтъ.
- 2) Вся тягостная процедура приготовленія къ операціи становится для больного незамѣтной, не отражаясь въ большей части случаевъ на его психикѣ.
- 3) Предварительное введеніе въ организмъ скополаминъ-морфій обуславливаетъ возможность ограничиться небольшими дозами хлороформа.
- 4) Періодъ возбужденія при хлороформированіи часто отсутствуетъ, а если и имѣетъ мѣсто, то продолжается недолго и протекаетъ менѣе бурно.
- 5) Рвота во время хлороформированія не бываетъ, какъ правило, а въ послѣоперационномъ періодѣ— лишь въ исключительныхъ случаяхъ; головныя боли въ этомъ періодѣ также отсутствуютъ и
- 6) предлагаемый наркозъ протекаетъ незамѣтно для больного, не оставляя по себѣ какихъ-либо дурныхъ слѣдовъ и въ послѣдующіе послѣ операціи дни.

Литература. 1) Tarré et Reig, Учебн. фармакологія.—2) Хирургія 1909 г., № 154, стр. 448.—3) Врач. Газ. 1909 г., № 50, стр. 1560.—4) Прив.-доц. Гейнацъ. Русск. Хир. Архивъ 1902 г., кн. 6.—5) В. А. Бродскій, Врач. Газ. 1910 г., № 6.—6) А. И. Шофъ, Врач. Газ. 1910 г., № 12.—7) Emil Bürgi, Deutsche med. Wochenschr. 1910 г., № 1 и 2.

Рефераты.

Терапевтическое Обзоріе.

Февраль.

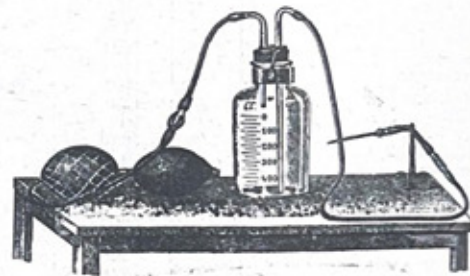
1717. *Къ патогенезу и леченію психоневрозовъ.* В. Н. Лихницкій полагаютъ, что психогенія является основнымъ моментомъ въ развитіи этихъ заболѣваній, и считаетъ, что главныя усилія врача должны быть направлены на борьбу съ этимъ факторомъ. Признавая извѣстную роль за покоемъ, укрѣпляющими мѣропріятіями и физическими методами, онъ думаетъ, что единственнымъ рациональнымъ методомъ леченія психоневрозовъ все же является психотерапія, позволяющая не только достигнуть временнаго улучшенія или выздоровленія, но до извѣстной степени предохраняющая также отъ рецидивовъ. (№ 3).

1718. *Краткое сообщеніе о 64 случаяхъ применія сальварсана.* А. П. Горданъ впрыскиваетъ въ настоящее время кислый растворъ по Таеge; раньше онъ применялъ щелочной растворъ по Alt'у и эмульсію по Neisser'у и Blaschko. Изъ 64 случаевъ въ 27 болѣзненныхъ явленія совершенно исчезли, 28 разъ наступило значительное улучшеніе, въ 9 случаяхъ почти не было измѣненій; впрочемъ эти случаи отличались особой тяжестью и упорностью, а потому трудно было ждать въ нихъ успѣха. Авторъ наблюдалъ рецидивы 9 разъ. Онъ считаетъ сальварсанъ чрезвычайно цѣннымъ средствомъ, обещающимъ, при примѣненіи попеременно или одновременно съ ртутью и іодомъ, лучшее леченіе сифилиса, чѣмъ до сихъ поръ. (№ 3).

1719. *Діететика діабета.* Проф. А. Шапсонъ придаетъ наибольшее значеніе пищевому режиму и предлагаетъ высчитывать его такъ, чтобы организмъ получалъ 25—30 калорій на кило вѣса. Этотъ режимъ долженъ быть смѣшаннымъ, содержать количество бѣлка, достаточное для уравновѣшенія выдѣленія азота, констатируемого анализомъ мочи въ періодъ поведенія питанія, значительное количество жировъ и количество углеводовъ, которое, по крайней мѣрѣ вначалѣ, должно быть ниже способности усвоенія; оно должно быть высчитано по разницѣ между количествомъ углеводовъ, обычно принимаемыхъ больнымъ, и глюкозой, выдѣленной мочей его послѣ перваго анализа. (№ 3).

1720. *Къ теоріи и практикѣ реакціи Wassermann-Neisser-Bruck'a.* Margarete Stern описываетъ свое видоизмѣненіе основного метода, который въ настоящее время пользуются въ клиникѣ Neisser'a. Активная человѣческая сыворотка берется въ той же концентраціи, какъ прежде, съ той только разницей, что для контроля берутъ не двойную, а только обычную дозу; сифилитическій экстрактъ печени берутъ въ болѣе сильномъ разведеніи. (№ 4).

1721. *Техника внутривеннаго вливанія сальварсана.* Ю. Изверсена. 0,4—0,5 сальварсана всыпаютъ въ градуированный цилиндръ съ притертой пробкой вмѣстностью въ 50 к. стм., прибавляютъ нѣкоторое количество фарфоровой дроби для механическаго размѣчанія комочковъ и приливаютъ 30 к. стм. стерильнаго физиологическаго раствора поваренной соли.



Взбалтываютъ до полного растворенія и прибавляютъ нормальнаго раствора вѣднаго натрія до растворенія образовавшагося осадка; снова взбалтываютъ. Получается прозрачная жидкость желтаго цвѣта. Приготовленный такимъ образомъ растворъ приливаютъ въ 200 к. стм. нагрѣтаго до 39° стерильнаго физиологическаго раствора хлористаго натрія въ стерильный аппаратъ для вливанія Боброва. Иглу вкалываютъ въ локтевую вену черезъ кожу. Способъ безболѣзненный, и стерилизація прибора очень проста. (№ 4).

1722. *Къ вопросу о круговомъ сосудистомъ шокѣ и пересадкѣ сосудовъ.* П. М. Глязштейна. Очеркъ общаго характера. (№ 4).

Г. Канцель.

Психотерапія.

№ 3.

1723. *Психотерапія въ легкихъ случаяхъ периодической депрессіи.* Ю. В. Каннабихъ обращаетъ вниманіе на существованіе легкихъ циркулярныхъ формъ расстройства душевной дѣятельности и периодической депрессіи; этотъ діагнозъ необходимо всегда имѣть въ виду въ многочисленныхъ случаяхъ, квалифицируемыхъ до сихъ поръ, какъ неврастенія, истерія или истеро-неврастенія. Правильное опредѣленіе болѣзни имѣетъ въ данномъ случаѣ, помимо научнаго, еще и огромное практическое значеніе, ибо депрессивные больные этой психологической группы даютъ большой процентъ самоубійствъ, что необходимо знать, чтобы уметь въ ка-

Observations in scopolamine-morphine-chloroform narcosis.

Grigoryan A.I.

Vrachebnaya Gazeta (Saint-Petersburg). 1911;31:126-128.

In a series of 80 patients, Dr. Grigoryan from Tiflis [currently Tbilisi] Mikhaylovskaya Hospital studied the use

of scopolamine-morphine injections before chloroform narcosis. As a result, the author concluded that the technique is safe, and the patients had less worrisome preoperative stage, less agitation, less vomiting, and less post-operative headache. The results represent an example of a patient-centered approach utilized in the beginning of 20th century.

Наблюдения над скополамин-морфий- хлороформным наркозом

Григорян А.И.

Врачебная газета (Санкт-Петербург). 1911;31:126-128.

В своей серии из 80 наблюдений, врач А.И. Григорян из Тифлисской [ныне Тбилиси] Михайловской больницы использовал скополамин-морфиевые инъекции

перед хлороформным наркозом. В результате автор сделал заключение, что подобная техника безопасна, пациенты имели более спокойный предоперационный отрезок, были менее возбуждены, имели меньше рвоты, а также менее выраженную послеоперационную головную боль. Данная статья является хорошим примером пациентоцентрического подхода, применённого в начале 20-го века.

Սկոպոլամին-մորֆին-քլորոֆորմային անզգայացման դիտարկումներ

Գրիգորյան Ա.Ի.

Վրաչերնայա գազետա (Սանկտ-Պետերբուրգ). 1911;31:126-128.

Իր 80 հիվանդների ուսումնասիրություններում բժիշկ Ա.Ի. Գրիգորյանը՝ Թիֆլիսի [ներկայումս Թբիլիսի] Միխայլովյան հիվանդանոցից, կիրառել էր սկո-

պոլամին-մորֆինային ներարկումներ քլորոֆորմային անզգայացումից առաջ: Արդյունքում նա եզրակացրել է, որ նման մոտեցումն անվտանգ է, բուժառուներն ունեցել են ավելի հանգիստ նախավիրահատական շրջան, նվազ գրգռված էին, ավելի քիչ փսխում են ունեցել և նշել են հետվիրահատական ավելի քիչ գլխացավ: Այս հոդվածը դեռևս 20-րդ դարի սկզբում կիրառված պացիենտակենտրոն մոտեցման լավ օրինակ է: