

лежащую к той же группе. При повторных переливаниях нельзя несколько раз пользоваться одним и тем же донором для одного и того же реципиента. Описывая клинические явления гемолитического шока, а. указывает, что кардинальным симптомом его, наблюдающимся во всех случаях, являются сильные боли в пояснице, зависящие от спазма почечных артерий. Наилучшим средством для борьбы с гемолитическим шоком является немедленное переливание крови соответствующей группы, быстро и надежно устраняющее все симптомы шока.

Б. Иванов.

Palik F. *Острое расширение желудка после лапаротомии.* (Zbl. Gyn. 14, 803—807, 1935). А. описывает четыре случая тяжелого послеоперационного расширения желудка после лапаротомии, которые все закончились выздоровлением. Три раза дело шло об удалении крупных опухолей; стенки желудка были вялыми и растянутыми, почему можно считать, что причиной послеоперационной непроходимости была, вероятно, механическая закупорка, обусловленная смещенным тонким кишечником. Решающее значение для результата лечения имеет ранний диагноз. Для облегчения оттока желудочного содержимого и освобождения двенадцатиперстной кишки от давления брыжейки больного необходимо придать соответствующее положение (положение на боку, Тренделенбургское положение и т. п.). Рекомендуется способствовать опорожнению желудка горячими промываниями его и назначением соответствующих медикаментов (глануитрин, физостигмин); потерянное количество жидкости возмещается подкожными или внутривенными вливаниями. Необходимо также следить за состоянием органов кровообращения, во избежание развития сердечной слабости прежде, чем будет ликвидировано заболевание.

Б. Иванов.

Becker F. *Тяжелые изменения почек после разрыва печени.* (Zbl. Chir. 674—677, 1936). А. касается вопроса об изменениях почек после разрыва печени и сообщает соответствующий случай, где 27-летний мужчина через несколько часов после травмы правого подреберья был доставлен в клинику в состоянии тяжелого шока. При операции обнаружен разрыв правой доли печени, длиной в 10 см. Кровотечение остановлено кетгутowymi швами и мышечными лоскутами из передней брюшной стенки. Через 6 час. после операции — exitus при явлениях тяжелого dyspnoe. Гистологическое исследование почек обнаружило в них тяжелые дегенеративные изменения, явившиеся, повидимому, важной и весьма существенной причиной смерти больного и практически играющие значительную, но до сих пор еще мало учитываемую роль в деле предсказания при разрывах печени.

Б. Иванов.

Straaten Th. и Hünemann M. *Гипогликемические состояния у желудочных больных и их значение для хирургии желудка.* (Med. Klin. 18, 594—596, 1936). Аа. в результате своих исследований приходят к выводу, что гипогликемическая реакция после употребления сахара не является специфической для оперированного желудка; кроме случаев операции на желудке, она встречается также при неоперированной язве, у больных с гастритом и при других заболеваниях, особенно в периоде выздоровления. Из причин гипогликемической реакции после операции на желудке имеют значение, кроме ваготонуса, особые моменты в периоде выздоровления, главным образом изменение условий всасывания в результате гастрита, дуоденита, эйюнита или изменение механизма опорожнения, даже при здоровой слизистой оболочке. В отношении лечения аа. указывают, что отдельные гипогликемические приступы могут быть купированы назначением виноградного сахара. Хорошее действие при predisposition к гипогликемии оказывает частое употребление пищи небольшими порциями, без одностороннего преобладания углеводов. Во многих случаях предотвратить появление гипогликемической реакции может соответствующая оперативная техника, предусматривающая создание приближающегося к норме механизма опорожнения.

Б. Иванов.

в) Акушерство и гинекология.

Klaften E. *Лечение гормональных менструальных расстройств новыми гормональными препаратами.* (Wien. med. Wschr. 23, 1936). Необходимым предварительным условием успешного лечения является тщательное клиническое и биологическое исследование и дифференциальный диагноз каждого

отдельного случая. Разделение аменоррей в отношении прогноза на первичные и вторичные оказывается недостаточным; скорее необходимо различать: 1) первичные гипофизарные и овариогенные, 2) вторичные гипофизарные resp. овариогенные и 3) комбинированные эндокринные менструальные расстройства. В $\frac{2}{3}$ случаев наблюдается полный или частичный успех, и в $\frac{1}{3}$ сл. лечение остается безрезультатным. Трудно поддаются лечению случаи гипоменорреи, особенно после искусственного аборта. Труднее всего лечение расстройств гипофизарного происхождения. Лучших результатов можно ожидать от парентеральной введения препаратов передней доли гипофиза, содержащих все действующие вещества ее. Кроме того, а. указывает, что в результате лечения фолликулином можно получить нормальную флору влагалища первой степени чистоты и нормальную концентрацию водородных ионов. Новые гормональные препараты дали хорошие результаты также при эндокринных артропатиях и дерматозах, в определенных случаях влагалищных белей и при климактерических расстройствах.

Б. Иванов.

Fischer-Wasels H. *Содержание гормона желтого тела в плаценте человека.* (Zbl. Gyn. 14, 787—790, 1936). Обследование около 100 последов показало, что содержание в плаценте гормона желтого тела в первые три месяца беременности очень незначительно; гормон в это время совершенно отсутствует или имеются лишь следы его. Переходным периодом в этом отношении является 4—5-й мес. беременности, когда гормон находится лишь в части последов, в большинстве же случаев он отсутствует. Наибольшие количества гормона обнаружены в последах 6—8-мес. беременности, когда в этом отношении имеются наивысшие и наиболее постоянные цифры. Гормон обнаружен и в последах доношенных детей, но количество его в этих случаях очень непостоянно и незначительно. Отсутствием в последе гормона желтого тела в первые три месяца беременности вполне объясняется факт прекращения последней при удалении в это время обоих яичников. На 6—8-м мес. беременности плацента является вполне надежным источником гормона, способным в любой момент пополнить недостающее количество его, образуемое желтым телом яичника. При этом образуемое последом гормона иногда совершенно достаточно, чтобы обеспечить продолжение беременности в случаях удаления в это время обоих яичников. Были сделаны также попытки терапевтического применения экстрактов последов 6—8-го месяцев беременности с вполне благоприятными результатами при привычном аборте и гипоплазии матки с длительной аменорреей.

Б. Иванов.

Posatti F. *К вопросу о трансперитонеальном resp. внешнем передвижении яйца.* (Zbl. Gyn. 12, 686—689, 1936). С целью разрешения вопроса о возможности трансперитонеального передвижения яйца и о его частоте, а. обследовал оперированные за 10 лет в Венской гинекологической клинике 214 сл. трубной беременности. При этом он исходил из того положения, что такое передвижение яйца по брюшной полости с одной стороны на другую имело место во всех тех случаях, где желтое тело находилось не в яичнике беременной трубы, а в яичнике противоположной стороны. Доказательство этому можно получить уже во время лапаротомии, а также при тщательном гистологическом исследовании яичника, удаленного вместе с беременной трубой той же стороны, которое не обнаруживает в нем никаких следов желтого тела. Из обследованных 214 сл. в 45—вместе с трубой был удален яичник, который в 25 сл. содержал хорошо сохранившееся желтое тело; в 20 же остальных случаях желтое тело не было обнаружено, ввиду чего необходимо допустить, что здесь оно находилось на противоположной стороне, и следовательно в 44% сл. имело место трансперитонеальное передвижение яйца. По мнению автора, развитие трубной беременности следует объяснять тем, что яйцо при его трансперитонеальном передвижении стареет и находится при прохождении через трубу противоположной стороны уже в готовом для имплантации состоянии.

Б. Иванов.

Clauberg. *Лечение кровотечений из женских половых органов.* (Ther. u. Gegenwart., 3, 1936).

При установлении диагноза всегда следует иметь в виду, что в периоде, предшествующем наступлению половой зрелости, причиной кровотечений могут быть злокачественные опухоли и инородные тела; в периоде половой зрелости играют роль болезни крови. В зрелом возрасте повреждения заднего свода влагалища во время полового сношения и вывороты требуют хирургического лечения. При