

каждая — от 1 до 7 в день, реже в форме 50% мази и внутривенно. Длительность лечения равнялась 4—6 неделям. Результаты получились следующие: в 1 случае милиарной волчанки лица — излечение. В 4 случаях вульгарной волчанки — излечение, в 17 — значительное улучшение, в 1 — без улучшения. В 3 случаях колликувативного туберкулеза — излечение, в 1 — значительное улучшение. В 1 случае язвенного туберкулеза гортани — улучшение. В 1 случае индуративной эритемы — значительное улучшение и в 1 — без улучшения. В 2 случаях красной волчанки — излечение, в 2 значительное улучшение и в 2 — без улучшения.

Авторы приходят к выводу, что руброфен является новым ценным средством для лечения туберкулеза. Статья, изложенная на 19 страницах, иллюстрирована рядом фотографий больных, заснятых до и после лечения.

Т. М. Юринов.

Мортон. *Актиномикоз*. Canad. Med. Ass. J. T. 42, III, 1940.

Среди множества средств, предложенных для лечения актиномикоза, ни одного нет специфического. Наилучшим считается иодистый калий в средних и больших дозах (от 9,7 до 19,5 г). В двух случаях авторы применили сульфаниламид. В одном из них получен благоприятный эффект, в другом никакого. В этом последнем имелась смешанная инфекция со стафилококком, в первом был выкультивирован своеобразный анаэробный штамм лучистого грибка. Хирургическое вмешательство рекомендуется во всех случаях. Полную экцизию надо делать там, где это возможно, в других случаях производится вскрытие и дренирование абсцессов.

В. Дембская.

в) Хирургия

G. Stevenson a. Mont R. Reid. *Лечение травматических ран*. The Am. Journ. of Surg. Dec., № 3, V. XLVI, 1939.

Авторы останавливаются на некоторых дефектах при лечении ран, происходящих в основном от недостаточной подготовленности хирургов. Касаясь вопроса об остановке кровотечения в ране, они считают прямо вредным применение давящей повязки, вследствие заноса инфекции глубоко в рану. Оставление плохо укрепленного клемма на сосуде в ране может повести к усилению шока. Жгут должен применяться, главным образом, при разожженных ранах конечностей с целью остановки кровотечения и преграждения всасывания токсинов из тканей. Необходимо накладывать жгут настолько близко к ране, чтобы не удалять его перед ампутацией и не вызвать ишемию в части конечности, подлежащей сохранению. Первичную обработку авторы производят под жгутом, что, по их мнению, экономит кровь, держит сухим операционное поле, предохраняет его от загрязнения и ускоряет операцию. При ранах с сроком 6-часовой давности после иссечения а. а. не рекомендуют применять антисептические вещества, а тем более промывать их. При ранах с более длительными сроками а. а. считают необходимым после первичной обработки обязательно промывать раны большим количеством теплого физиологического раствора с последующим отсасыванием остатков раствора в ране. После удаления жгута и окончательной остановки кровотечения, а. а. рекомендуют промывать рану повторно, после чего считают возможным зашить рану наглухо. Под debridement авторы понимают иссечение раны, допуская наложение швов на раны сроком до 10 часов. При ранениях органов брюшной полости авторы придерживаются той же методики первичной обработки с промыванием большими количествами физиологического раствора. Обработку ран с повреждением нервов, сухожилий, костей а. а. производят под общим обезболиванием, оставляя для местной анестезии лишь случаи поверхностных ранений. Подробно останавливаясь на методике первичной обработки кожной раны мышц, нервов, костей, авторы фиксируют внимание на необходимости тщательной очистки костных повреждений. Все манипуляции с костью должны производиться за пределами раны. Укушенные раны человеком, животными особенно опасны из-за осложнений гнилостной инфекцией. В отношении их авторы после первичной обработки считают возможным применять прижигание.

Доц. Благовидов.

Warfield M. Firog. *Предупреждение и лечение столбняка*. The Am. Journ. of Surg. Dec. V. XLVI, № 3, 1939.

Автор констатирует несостоятельность применяющейся предохранительной прививки противостолбнячной сыворотки, которая дает слишком кратковременную гарантию от столбняка. Он считает более целесообразным в целях профилактики применять столбнячный токсин в виде 3-кратных инъекций по 1,0 токсина на протяжении от 6 до 10 недель. Уже спустя две недели после второй инъекции можно обнаружить 0,1 антитоксических единиц на 1 к. см. сыворотки в крови. После первой инъекции концентрация антитоксина держится на одном уровне до 2 лет. Четвертая инъекция может быть применяема по мере надобности для быстрого поднятия титра