

S. W. Cutler. *Основы пневмолиза*. (Surg., gynecol. and Obstetr Vol. 64, № 4. стр. 820—825).

Внутриплевральный пневмолиз, введенный Якобеусом для разделения спаек, мешающих спадению туберкулезных каверн при искусственном пневмотораксе, значительно улучшает результаты лечения туберкулеза. Но оригинальная техника Якобеуса трудна и в некоторых отношениях опасна, что останавливало распространение этой операции. В настоящее время с улучшением техники и инструментария, эта операция значительно упростилась и сделалась относительно безопасной. Число осложнений во время самой операции и послеоперационном периоде намного уменьшилось. Поле применения этой операции настолько расширилось, что она может производиться даже в наиболее трудных случаях. Основными моментами, определяющими ценность этой операции, является укорочение срока лечения, уменьшение и исчезновение мокроты и меньший риск операции по сравнению с риском строго консервативного лечения.

Основываясь на этих положениях, можно считать, что внутриплевральный пневмолиз дает значительные преимущества у 20%—30% туберкулезных больных, которым можно наложить пневмоторакс. Больные не должны подвергаться этой операции в течение первых двух-трех месяцев по наложении пневмоторакса, но и откладывать операция не должна больше 4—6 месяцев. Если второе легкое является местом активного процесса, необходимо предпослать внутриплевральному пневмолизу операцию на п. phrenicus или наложение частичного пневмоторакса на другой стороне. Не нужно гнаться за разделением всех спаек или даже рассечением целиком одной спайки в соответствующих случаях. Автор работает инструментом своей конструкции с шипцами на конце. В бранши этих шипцов захватывается тяж и коагулируется. Если тяж очень широк, то его можно разделить на более мелкие куски.

D. Kling. *Околосуставное болезненное ожирение*. (Archives of Surg. Vol. 34, № 4, 1937, стр. 594—630).

Автор приводит материал в 112 случаев гиперестезии жировых масс около суставов. Это заболевание называется *adipositas dolorosa juxta-articularis* и имеет связь с общим болезненным ожирением. Встречается преимущественно у ожиревших женщин пожилого возраста, имевших несколько родов в анамнезе. Сопровождается часто повышением кровяного давления, варикозным расширением вен и плоскостопием. Субъективные симптомы состоят из болей, слабости, чувства одеревенелости в суставах, акропарестезии и нарушения кровообращения в конечностях. В 95% случаев в процесс были вовлечены внутренние поверхности коленных суставов; в 8% — отмечалась гиперестезия только одного коленного сустава; во всех других случаях заболевание было двухсторонним. При клиническом и лабораторном исследовании в 60% случаев отмечалась легкая или умеренная степень остеоартрита, в 11% — изменение мягких тканей, гипертрофия жировых масс под надколенником, периостит выше подколенника или окостенение места прикрепления четырехглавого разгибателя бедра. Выпот в суставе отмечался в 2,6% случаев. Из заболеваний и операций в анамнезе отмечают кастрации, аппендэктомии, холецистектомии. Часто были обнаружены гипофункция яичников, щитовидной железы, гипопизма. Основной обмен был понижен в 33% случаев. В 87% отмечена ясная гиперхолестеринемия. При биопсии жировых масс не обнаружено ясного патологического процесса. „Околосуставное болезненное ожирение“ нужно по автору, рассматривать как начальную и промежуточную стадию общего болевого ожирения. Околосуставное болевое ощущение представляет собой одно из поражений мягких тканей, приводящее к развитию остеоартрита. Исечение жировых масс в одном случае привело к исчезновению гиперестезии и к уменьшению ожирения. Консервативные терапевтические мероприятия — назначения препаратов щитовидной железы, яичника, гистаминового катафореза и рентгенотерапии — имеет только частичный и переходящий эффект в отношении гиперестезии.

Gutzeit. *Лечение каплевым введением виноградного сахара per os*. (Ther. d. Gegenwart. 1937, 1, 1—7).

Введение 5—8% раствора виноградного сахара производится через дуоденальный зонд, введенный до отметки 50—6) см. При помощи окружающей ирригатор-нагревательной подушки, температура раствора поддерживается на уровне 35°; посредством особого приспособления раствор медленно вводится по каплям. В первые 24 часа вводят 3, затем 5, а иногда и 8 литров раствора. Состояние

больных нередко улучшается уже в течение 24—28 часов, однако зонд может оставаться 5—10 дней и даже дольше. А. с успехом применял указанный способ при уремии, базедовой коме, послеоперационном шоке и очень тяжелых паренхиматозных изменениях печени, которые при другом лечении и другом способе введения виноградного сахара почти наверняка закончились бы летально.

Б. Иванов.

Schliefake. *Комотки волны, их способ действия и показания к их применению.* (Wien. Kl. Woch. Bd. 87, 10/VII-1937.)

Автор выражает сожаление по поводу некритического отношения многих врачей к коротковолновой терапии. Провозглашая ее всеизлечивающим средством, они только дискредитируют ее. Первое показание для коротковолновой терапии автор видит в нагноительных процессах, фурункулах, карбункулах, панарициях и некоторых эмпиемах. Главное преимущество этого лечения заключается в том, что оно локализирует фокус инфекции. В ранних стадиях заболевания почти всегда наступает полное рассасывание, а в более позднем периоде демаркация и перфорация. При хронических заболеваниях для коротковолнового облучения существуют те же показания, что и для диатермии. Он применял его главным образом при ревматизме. Автор предостерегает от применения слишком больших доз лучей. Чем острее случай, тем меньше должна быть доза и короче время воздействия.

В. Дембская.

Branch. *Лечение обширных ожогов азотно-кислым серебром и метилрозанилином.* (Arch. of Surgery Chicago. T. 35, IX. 1937.)

Автор утверждает, что пропагандируемый им способ лечения ожогов имеет несомненные преимущества: при его применении ни разу не наблюдалось смертельных случаев; период боли и шока значительно укорачивался и не развивалась угрожающая токсемия; пребывание в больнице значительно сокращалось, спустя несколько часов больной мог садиться, а через несколько дней вставать и заниматься, пересадка кожи понадобилась только в одном случае.

Автор применяет 10% раствор азотнокислого серебра, который оказывает немедленное действие на протерты выхлывающей серозной жидкости и покрывает обожженное пространство молочнобелым сгустком. Это ограждает организм от потери тканевых сосков. Наложенный сверху метилрозанилин окрашивает сгусток в лиловый цвет, способствует разрушению попавших микроорганизмов и препятствует развитию инфекции. Ожоги второй степени обычно заживали в три недели, и корка к концу этого времени трескалась. Очаги ожога третьей степени еще оставались покрытыми фиолетовой корочкой; она отставала постепенно под влиянием крахмальных ванн и компрессов. После отпадения корки всегда можно было видеть большое количество островков эпителиализации, так что пересадка кожи представлялась излишней. Чтобы стимулировать разрастание эпителия, применялись компрессы из солянокислого цистеина 1:200 или накладывались кусочки марли, смазанные шарлах-ротом.

Вся процедура лечения выполнялась так: 1) давалась большая доза седативного средства, 2) обожженная область омывалась мыльным спиртом. Туалет раны сводился к тому, что прокалывались пузыри и удалялись кусочки омертвевшей ткани, после чего вся пораженная область обмывалась физиологическим раствором или раствором борной кислоты. 3) После этого на нее наносился 1% водный раствор метил розанилина и спустя 3—4 минуты 10% раствор ляписа. 4) Больной помещался в нагревательный ящик с температурой в 85—90°. 1% водный раствор розанилина повторно наносится раз 5 через промежутки в 15 минут. Затем его наносили два раза в день, если в том есть надобность. 5) Жидкость вводилась в виде питья через рот. 6) Гиподермоклизмы из физиологического раствора производились через 6—8 часов, смотря по состоянию больного. 7) Внутривенные вливания делаются только в том случае, если температура достигает 103°F. 8) Трансфузия делается только в случае крайней надобности. 9) Двигаться пациенту разрешается только тогда, как образуется корочка. Вставать он может как только минует шок и если не появятся признаки токсемии. Если спустя три недели останутся плотно приставшие корки, их следует отмочить путем компрессов или ванн с крахмалом.

В. Дембская.

г) Гинекология.

Bland и Rakoff, N. *Трихомонада во влагалище, во рту и в прямой кишке.* (J. Am. m. Ass. V. 108. 24, 12/VI 1937.)

Авторы подвергли обследованию на присутствие трихомонады 200 женщин.