

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. *Короткие 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 надобности. 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°Ф. 8) Трансфузия делается только в случае крайней надобности. 9) Двигаться пациенту разрешается тотчас же, 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 Rakoft, 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.