

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.

Трихомонада была обнаружена во влагалище у 23,5% женщин, во рту у 16,5% и в прямой кишке у 1,5%. Только у одной женщины паразит был обнаружен во всех трех местах. Влагалищная трихомонада не дала культур при комнатной температуре. ротовая же и кишечная успешно росли при этих условиях, так что возникает предположение, что они составляют не одну и ту же разновидность.

В. Дембская.

Nichols on и Peralta Ramos. Вагинальный трихомониазис. (J. Am. m. Ass. V. 108, 1937).

Авторы находят, что вагинальная трихомонада является одним из наиболее частых этиологических моментов, поддерживающих упорные бели у женщин. Авторы находили трихомонаду у 31% обследуемых ими на амбулаторном приеме женщин. Заражение трихомонадой происходит, повидимому, через общие ванны и купание в прудах с застойной водой. Авторы ни разу не могли проследить инфекцию, возникшую половым путем. Для диагностических целей авторы пользовались свежей каплей выделений, окрашенной насыщенным раствором бриллиант-крезилсинькой в физиологическом растворе соли. Авторы подразделили своих пациенток на 6 групп в отношении примененного лечения. 1) Через день смазывали влагалище 5% раствором меркурохрома. 2) Через день вводили петролат с сернокислым хинином. 3) Производили души с 1% раствором сулемы с последующим введением борного глицерина через день. 4) Ежедневный щелочной душ и глубокое вкладывание во влагалище — 3 таблеток хиниофона. 5) 2—3 пилюли мышьяковистого препарата. 6) Смазывание влагалищных стенок 1% раствором сулемы с последующим введением 5% борглицерина. Они пришли к выводу, что наиболее эффективными средствами являются мышьяковистые препараты в сочетании с сулемой.

В. Дембская.

Rock и Bartlett. Обследование эндометрия. (J. Am. m. Ass, V. 108, N. 24, 12/VI 1937).

Для взятия кусочков авторы пользовались особо сконструированной насасывающей юреткой. Образцы брались только с верхнего отдела передней и задней стенки, так как там главным образом происходят наиболее типичные цитологические изменения. В течение менструального цикла можно отметить две цитологически отличные фазы: а) Пролиферативная фаза, приписываемая влиянию эстрогенных субстанций — в ней можно легко отличить раннюю стадию и позднейшее развитие; б) вторая, секреторная фаза, которая зависит одновременно от эстрогена и прогестина. Изменения, происходящие во время этой фазы в железах и их эпителии, в строении и ее клеточных элементах, весьма характерны и дают возможность проследить за функцией желтого тела. Этот метод дает возможность определить наступление овуляции, установить разного рода отклонения от нормы и проверить эффективность предпринятой против них органотерапии. Аменорея в большинстве случаев совпадает с дефективным развитием фолликулов, однако она может наблюдаться и тогда, когда пролиферация эндометрия указывает на высокую степень фолликулярной активности. Встречается она бывает при наличии правильной цикличности, как у суприматных млечопитающих. Автор пришел к заключению, что вне беременности у человека никогда не бывает персистирующего желтого тела. Метроррагия тоже может произойти при разных степенях развития эндометрия, т. е. не совпадая ни с овуляцией, ни с образованием желтого тела. Изучение эндометрия показало, что у человека фолликулярная фаза колеблется в широких размерах, но что у 75% женщин в возрасте от 25 до 40 лет фаза желтого тела продолжается 12—16 дней.

В. Дембская.

Swift. Ахлоридрия, как этиологический фактор при pruritus vulvae (g. Obst. gyn. of. Brit. Empiri, V. 93, XII. 1936).

Автор полагает, что в основе таких заболеваний, как пруритус вульвы, лейкоплакия, крауроз и лейкоплакический вульвит, лежит ахлоридрия, вызывающая затруднения во всасывании витамина А. В результате этого авитаминоза возникают изменения в структуре эпителия. Эти изменения дают различные клинические картины в зависимости от степени поражения элементов кожи, в основе же всех их лежит один и тот же этиологический фактор. Наблюдалась случай зуд без наличия ахлоридрии, но тогда была констатирована просто нехватка витамина А в пище. Прибавка разбавленной соляной кислоты к диете у 42 женщин, страдавших ахлоридрией и зудом, не поддающимся никакому воздействию, привела к успокоению зуда и значительному улучшению патологических изменений вульвы. Витамин А следует вводить в форме рыбьего жира. Экзизию вульвы надо делать