

месяце беременности и имевших плохо развитые грудные железы, позволявшие рассчитывать на получение только половины количества молока, необходимого для нормального питания ребенка. Лечение проводилось в течение последних двух месяцев беременности; на девятом месяце каждый третий день им вводилось по 5000 интернац. единиц фолликулина, а на десятом — через такие же промежутки времени — 1000 единиц фолликулина + 5 мг прогестерона. В результате количество молока у леченных таким образом беременных женщин оказалось значительно повышенным по сравнению с контрольными и было вполне достаточным для исключительно грудного вскармливания ребенка.

Б. Иванов.

Ernst, S. *Лечение молочных свищей и мастита фолликулином.* (Zbl. Gyn. 1937. 1420—1421). Сообщение о хороших результатах лечения фолликулином молочных свищей после разрезов по поводу мастита. На основании этих результатов и полной безуспешности других методов лечения а. считает, что его наблюдения подтверждают как клинические, так и экспериментальные данные о задерживающем действии фолликулина на лактацию; при этом быстрый результат лечения позволяет говорить о непосредственном действии фолликулина на внутрисекреторные процессы при лактации.

Б. Иванов.

Hoffmann, F. *Лечение недержания мочи фолликулином.* (Zbl. Gyn. 1937. 4. 2545—2546). Экспериментальные исследования показывают, что фолликулин вызывает значительное повышение тонуса мускулатуры мочевого пузыря и что прекращение функции яичников в климактерическом периоде способствует развитию недержания мочи. На этом основании а. применил лечение фолликулином в ряде случаев климактерического недержания мочи, в которых произведенные до этого пластические операции не дали никакого результата. Во всех этих случаях вскоре после назначения фолликулина недержание мочи исчезло. Учитывая вместе с тем и результаты экспериментов на животных, а. указывает, что благоприятное действие фолликулина в этих случаях объясняется, по всей вероятности, повышением тонуса мускулатуры пузыря, и подчеркивает, что описываемый им способ может считаться лишь дополнительным к оперативному лечению недержания мочи в климактерическом периоде.

Б. Иванов.

б) Хирургия

Ochsner A., a. Lilly, C. *Обработка культи червеобразного отростка при аппендэктомии* (Surgery 1937. 2. 532—554). Перечислив применяемые до сих пор способы обработки культи червеобразного отростка и встречающиеся после их осложнения, аа. указывают, что в случаях с инфильтрированной и отечной стенкой слепой кишки единственным возможным способом, ввиду трудности погружения культи, является простая перевязка ее. В тех же случаях, где стенка кишки не изменена, они рекомендуют следующий способ: после тщательного ограничения брюшной стенки и полости брюшины влажными салфетками отросток извлекается корнцангом и отделяется от брыжейки после перевязки ее сосудов. У основания отростка круглой иглой накладывается кисетный шов из тонкого шелка, проходящий через подслизистый слой и захватывающий сосуды в стенке отростка. После этого на основании его накладывается три зажима; перерезка производится между средним и верхним. По удалении среднего зажима захватывают раздавленный конец отростка и, удалив нижний зажим, производят погружение неперевазанной культи и затем завязывают кисетный шов. Поверх него накладывают несколько Лембертовских швов и полностью перитонизируют брыжейку отростка.

Б. Иванов.

Stile, G. *Лечение упорных случаев язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; техника удаления gangl. coeliacum.* (Surg. Clin. W. Amer. 1937. 17. 1303—1311). А. считает, что причиной развития пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является гиперфункция адренало-симпатической системы, которая при безуспешности терапевтического лечения должна быть понижена оперативным путем. Описывается техника удаления ganglion coeliacum и денервации надпочечников. Удаление gangl. coeliacum производится в положении для нефрэктомии; разрез проводится вдоль края 12-го ребра до гребешка подвздошной кости. Денервация надпочечников производится из того

же разреза и ввиду значительной хрупкости вещества надпочечников требует очень большой осторожности. Сначала разрезаются нервные волокна на задней поверхности надпочечника, что легко производится пальцами. По окончании операции рана промывается соевым раствором и в нижний угол ее вводится дренаж. Эффект оперативного вмешательства сказывается немедленно: боли сразу же после операции проходят; усиленная перистальтика желудка прекращается. Обследование материала а., состоящего из 53 случаев, обнаружало заживление язвы, прослеженное у некоторых больных в течение 6 лет.

Б. Иванов.

Julia, A. Обезболивание бромэтилом. (Anaesth. et. Analg. 1937. 3. 184 — 194). Бромэтил, являющийся отличным обезболивающим средством, в течение последних двух десятилетий применялся сравнительно мало ввиду трудности получения химически чистого препарата; примесь к нему алкоголя, эфира и бромформа нередко вела к осложнениям во время наркоза. В последнее время удалось получить практически чистый бромэтил (Brétyl), вполне пригодный не только для оглушающего и кратковременного наркоза, но и для более длительного обезболивания, даже в соединении с эфиром, закисью азота и смесью Шлейха. В отличие от хлорэтила бромэтил не воспламеняется и не взрывается; разница между наркотизирующей и токсической дозой у бромэтила больше, чем у хлорэтила. Наркоз наступает в среднем через 2—4 минуты; пробуждения почти отсутствует. Недостатком способа является усиленное слюноотделение, устранимое применением смеси бромэтила с бромпропилом. Наркоз проводится открытым капельным способом или при помощи соответствующих аппаратов.

Б. Иванов.

Iensen, W. Хирургическое лечение варикозных язв голени. (Zbl. Chir. 1937. 1263 — 1270). Описание нового способа лечения язв голени, состоящего в проведении электрическим ножом 6—8 радиарных разрезов, начинающихся в здоровых тканях на расстоянии $1\frac{1}{2}$ —2 см от края язвы и доходящих до ее центра; при этом рассекаются кожа и подкожная клетчатка до фасции. Операция производится под кратковременным наркозом; разрезы, которые для получения эффекта вмешательства должны сильно кровоточить, покрываются стерильной марлей, после чего накладывается давящая повязка. На следующий после операции день накладывают повязку с рыбьим жиром, сменяемую через 14 дней; покрывающий к этому времени язву грязноватый бурокрасный налет и остатки мази при смене повязки не удаляются; рана вновь покрывается стерильной мазью. Наложенная повязка снимается через 4 дня, и к этому времени язва оказывается покрытой хорошими грануляциями; вновь накладывается повязка с рыбьим жиром до полной эпителизации (т. е. не менее, чем на 14 дней). Способ был применен а. в ряде случаев с очень хорошими результатами.

Б. Иванов.

Ricard, Артериальные антисептические инъекции при тяжелых инфекциях конечностей. (Mém. Acad. Chir. 1937. 63. 35 — 39). В нескольких случаях тяжелых гнойных заболеваний конечностей (флегмона, гангрена), а. с успехом применил внутриартериальные вливания меркурохрома. Указывая, что без введения последнего двое больных, вероятно, были бы потеряны, а у двух других пришлось бы прибегнуть к ампутации, а. вместе с тем подчеркивает, что хотя рекомендуемый им способ и уменьшает тяжесть заболевания, ограничивая разрушения и локализуя общую инфекцию, тем не менее применение его отнюдь не исключает обычного в этих случаях лечения (разрезы, серотерапия). Вливается 2% водный раствор меркурохрома, причем при поражении верхней конечности у взрослых вводится 4 см³ его, а при заболеваниях нижней — 8—10 см³; при поражениях нижней конечности у детей с весом тела меньше 20 кг вливается 2 см³. А. отдает безусловное предпочтение меркурохрому перед генцианвиолетом, так как после введения последнего наблюдались гангрена и обширные некрозы. Незначительная вазомоторная реакция на введение меркурохрома объясняется тем, что дело идет при этом о вливании гипотонического раствора, рН которого очень близка к рН крови (= 8). Б. Иванов.

Weber. Лечение гнойных ран натуральным пчелиным медом. (Ther. Gagenw. 1937. 12. 547). А. сообщает о благоприятных результатах лечения натуральным пчелиным медом гнойных ран, главным образом, после операций на почках. При поверхностных ранах мед накладывается на раневую поверхность, а при глубоких — вливается в ее полость. На основании своих наблюдений