

свищ можно воздействовать на болезненный фокус. Способ требует осторожности при тяжелых паренхиматозных заболеваниях печени и почек и при недостаточности органов кровообращения; применение его допустимо поэтому только после всестороннего обследования больного и получения точного представления о размерах и положении свищевого хода путем исследования его после наполнения контрастной массой.

Б. Иванов.

Ebhardt u. Gebauer. Лечение переломов бедра у детей (Arch. klin. Chir. 1926, 187, 3, 652—660).

На основании своих 94 сл. переломов бедра у детей, аа. приходят к выводу, что при переломах у детей до 3 лет хорошие функциональные результаты дает вытяжение по Шеде, а у более старших—обычное липкопластырное вытяжение. Не всегда получается, что подтверждается идеальное сращение впоследствии выравнивается при этом анатомически оперативного лечения переломов бедра у детей, то аа. указывают, что показания к нему имеются крайне редко, при недействительности других методов лечения; к нему никогда не прибегают у детей моложе 10 лет; остеосинтез у более старших детей при гладких переломах со смещением часто дает очень хорошие результаты. Проволочное вытяжение у детей связано с опасностью инфекции и нарушениями роста.

Б. Иванов.

Van-Beuren. Острый илеус (Annals of Surgery, Vol. 102, № 4, 1926 г.)

Тот факт, что во время кишечной непроходимости в закупоренной кишке развиваются токсические вещества, давно общепризнан. Токсичность стоит в связи с длительностью обтурации. Чтобы проверить это положение автор произвел экспериментальную работу на собаках. Автор получил следующие результаты: 1) В незакупоренной кишке существуют те же токсические вещества, что и в закупоренной части кишечника. 2) Степень токсичности во всем кишечнике одинакова. 3) Ядовитые вещества существуют в кишечнике еще до наступления непроходимости, но нормально они попадают в просвет кишки. Нормальная слизистая оболочка кишок не пропускает тех токсинов, которые всасываются большой слизистой.

Е. Ауслендер.

Santy et Hubert. Эвипановый наркоз (Lyon Chirurgic. 1936, № 6)

Авторы с успехом применяли 10% раствор эвипана внутривенно в 111 случаях и рекомендуют: 1) перед эвипановым наркозом исследовать почки, печень; 2) за $\frac{3}{4}$ —1 ч. до операции впрыскивать 1 см³ морфия; 3) впрыскивание первых 2 см³ раствора эвипана производить весьма медленно; 4) у пожилых и ослабленных субъектов доза эвипана должна быть уменьшена.

В. П. Горбатов.

Starz. Лечение фосфорных ожогов (Münch. m. W. V. 83. 10/I 1936).

Автор описывает историю болезни одного пациента, который получил сильные ожоги рук после того, как у него в руках разбилась склянка с фосфором, растворенным в сернистом углероде. В настоящее время фосфор широко применяется в военном деле—им начиняются зажигательные бомбы, поэтому способ залечивания причиняемых им ожогов заслуживает большого внимания. Ожоги, причиняемые фосфором, влекут за собой двоякого рода деструктивные процессы: во-первых, те, что причиняет пламя, во-вторых, те, что являются результатом коррозионного действия освобождающейся кислоты. При фосфорных ожогах поврежденную часть тела нужно как можно скорее опустить в 5% раствор двууглекислой соды, нагретой

приблизительно до температуры тела. При этом не следует долго держать их погруженными в жидкость, а время от времени извлекать на воздух. Под влиянием воздуха легче происходит оксидация частиц фосфора. Раствор соды, с другой стороны, нейтрализует вновь образующуюся кислоту и тем успокаивает боль. Опускание в содовый раствор и экспозицию на воздух обожженного участка тела нужно продолжать до тех пор, пока не прекратится образование паров пятиоксида фосфора, не исчезнет чесночный запах, фосфоресценция и резкая боль. Добившись всего этого, переходят к обычному лечению ожогов.

В Дембская.

е) Акушерство и гинекология.

Rossenbeck. К вопросу о кетогенном характере физиологического ацидоза беременности (Mtschs. Geburtsh. gyn. 1936, 102, 3, 129—143).

На основании своих экспериментальных исследований на здоровых небеременных и беременных женщинах, а. считает, что понижение способности крови их к связыванию углекислоты не может быть объяснено повышением уровня кетоновых тел в крови во время беременности, особенно в ее последние 3 месяца. Причиной изменения щелочного резерва крови беременных не может считаться и молочная кислота, так как количество ее у них приблизительно то же, что и у небеременных. В соответствии с этими данными а. отрицает теорию кетогенного характера физиологического ацидоза беременности; неправильно также объяснять этот ацидоз и алкалпнией, что доказывается произведенными а. определениями концентрации в крови тех же беременных натрия и бикарбонатов.

Б. Иванов.

Föderl. Новый симптом задержки остатков послета (Zbl. Gyn. 1936, 22, 1283—1285).

А. сообщает о новом способе пальпаторного определения задержки остатков послета, основанном на обнаружении местного расслабления стенки матки, так как находящийся в связи с ней остаток послета препятствует сокращению соседних частей миометрия. Указанный способ дает возможность избежать ненужного ручного обследования полости матки с опасностью инфекции и практически проводится таким образом, что прежде всего матка приводится в состояние максимального сокращения путем внутривенного введения питуитрина; захватив дно матки, как при способе Креде, четырьмя пальцами, тщательно обследуют ее заднюю стенку, боковые края и трубные углы; дно матки, ее передняя стенка и прилегающие к ней боковые части систематически обследуются верхушками пальцев свободной руки через брюшную стенку. При отсутствии задержки остатков послета матка всюду равномерно плотна и гладка; в случае такой задержки в месте прикрепления остатков послета находят ясное углубление и уменьшение плотности стенки.

Б. Иванов.

Wiessener. Химический диагноз беременности (Zbl. gyn. 1936, 27, 1588—1596).

А. сообщает о результатах применения, с целью диагностики беременности, предложенной Visscher'ом и Bowman'ом реакции, основанной на обнаружении химическим путем усиленного выделения с мочей гормона передней доли гипофиза. Существуют две модификации этой реакции, производимой обязательно со свежими реактивами и по возможности с утренней мочей. Один способ состоит в прибавлении к 1 см³ исследуемой мочи 1 см³ 1% водного раствора перекиси водорода, 5 кап. 1% водного раствора phenylhydr. hydrochl., 5 кап. 5% водного раствора метил-цианида и, наконец, 5 кап.