

возможно выше в полость матки вводится угольный карандаш; в канал шейки во избежание преждевременного выделения частиц угля вводится на 2—3 часа марлевая турнда. По наблюдениям а. применение угля дает очень хорошие результаты в смысле быстроты действия и улучшения местных явлений и общего состояния; при этом отнюдь не исключается и общее лечение септического процесса. Никакого вредного влияния угля на ткани а. не отмечает. Благоприятное действие угля обуславливается его высокой адсорбирующей способностью, вызывающей высушивание поверхностных тканей, создающее неблагоприятную среду для бактерий, а также обезвреживающим действием угля в отношении токсинов бактерий с затруднением всасывания секрета лохий в ток крови и лимфы.

Б. Иванов.

Philipp. *К клинике эндометриозов.* (Zbl. Gyn. 1937, 1, 2—3). А. указывает, что многие случаи эндометриоза яичников и брюшной полости возникают ретроградным путем. При наличии у больных резко выраженной дисменорреей и болей, усиливающихся при менструации, следует при дифференциальном диагнозе подумать об эндометриозе. Это особенно относится к тем случаям, где раньше подобных явлений не наблюдалось и они появились только в пожилом возрасте. В отношении лечения у молодых женщин а. рекомендует для сохранения способности к зачатию производить операцию; в пожилом возрасте показана кастрация. Консервативная операция по поводу эндометриоза яичников не всегда приводит к бесплодию; после облучения яичника рентгеновскими лучами эндометриозная ткань опухоли теряет способность отвечать на гормональное раздражение.

Б. Иванов.

Rivoir. *Лечение рака женской уретры.* (Zbl. f. Gyn. 1937, 12, 714—716). Рак женского мочеиспускательного канала встречается сравнительно редко и всегда после 4-летнего возраста. Лечение дает тем лучшие результаты, чем раньше поставлен диагноз; в запущенных случаях с метастазами в паховых железах прогноз неблагоприятный. Наилучшим способом является комбинированная лучистая терапия, состоящая в облучении опухоли радием, а областных лимфатических желез—рентгеновскими лучами. Способ, согласно наблюдениям а., дает хорошие длительные результаты и не вызывает, в противоположность оперативному лечению, никаких функциональных расстройств со стороны мочеиспускательного канала.

Б. Иванов.

Mölling E. *Биопсия при заболеваниях грудных желез у женщин* (Gyns Beitr. 1937, 165, 2, 192—203). Биопсия является ценным вспомогательным средством для диагноза заболеваний грудных желез, особенно злокачественного характера. Указания многих хирургов на возможность после нее бурного роста опухоли, отвергаются патолого-анатомами на основании биологических данных и результатов экспериментального изучения опухолей. А. считает, что присутствие биопсии опасности могут быть значительно уменьшены правильной установкой показаний и тщательным производством ее. Он приводит детали техники биопсии и указывает, что последняя требует клинической обстановки и хорошего доступа к соответствующей области грудной железы с иссечением достаточного количества ткани ее в надлежащем месте. Наиболее подходящим для этой цели является дугообразный разрез по нижнему краю грудной железы по Барденгейеру с откидыванием ее вверх. С целью обезболивания следует применять внутривенный наркоз; иссечение лучше всего производить электрическим ножом. Если, в результате гистологического исследования, окажется, что заболевание носит злокачественный характер, показана немедленная радикальная операция, являющаяся вместе с тем и единственным методом, предотвращающим опасность бурного роста опухоли после биопсии.

Б. Иванов.

Wietser. *Лечение мастита* (Münch. m-d. Wschr. 1937, 4, 132—133). С целью профилактики мастита а. рекомендует лечь в трицины на сосках; после предварительного смазывания их 10% раствором новокаина и прижигания 0% раствором ляписа накладывается стерильная повязка с индифферентной мазью. Для поддержания секреции молока 3 раза в день производится отсасывание его. Спустя 3 дня процесс большей частью настолько утихает, что ребенка можно снова прикладывать к груди. При воспалении показано немедленное рентгено-облучение (10% HED при FH-расстоянии в 35 см и 0,5 мм мелком фильтре). Облучения производятся в течение 3 дней. Если, несмотря на это, все же остается инфильтрат, проводится дальнейшее лечение лампой Солюх. При гнойном мастите абсцесс должен быть вскрыт, но только при наличии ясно выраженной флюктуации; при этом достаточно небольшого отвер-