

41) *Perkain при спинномозговой анестезии.* M. Steinbrück (Zentrbl. f. Chir. 1930, № 5) в 12 случаях применил для спинномозговой анестезии 0,75—1,5 к. с. 1% раствора perkain'a. В 6 случаях наблюдал последующие от легких до тяжелых осложнения. Анестезия наступает обширнее и длится дольше, чем при тропокаиине. И. Цимхес.

42) *Лечение инфицированных ран гипертоническими растворами солей.* K. Marcuse (Zentrbl. f. Chir. 1930, № 7) в 240 случаях тяжелых инфицированных ран применял с успехом гипертонические растворы солей. Раны после вскрытия гнойных очагов покрывались глубоко влажными без компрессной бумаги повязками. При глубоких гнойных очагах на 1—2 дня вводился резиновый дренаж, в остальных случаях проводилось только бестампонное лечение. Для удаления некротической ткани и очищения ран а. употреблял повязки с 25% раствором magnes. sulf. и для оживления роста грануляций—5-10% раствор поваренной соли И. Цимхес.

43) A. A. Ozegeliév (Zentralbl. f. Chir. 1930, № 3) на основании сравнительных бактериологических исследований и клинических наблюдений рекомендует применять 5% спиртовой раствор таннина для дезинфекции операционного поля, так как последний при одинаковой дезинфицирующей силе с t. jodi не вызывает раздражения кожи. Для уничтожения пятен рекомендуется смывать их после операции 1% раствором щавелевой кислоты. И. Цимхес.

44) *О непроходимости кишек, вызванной грибами.* Prof. H. Krukenberg (Zentrbl. f. Chir. 1930, № 7) описывает 2 случая хронического обтурационного илеуса, вызванного грибами. В одном случае у молодой девушки нижний отрезок ileum'a образовал мешочек, наполненный грибами. Во втором случае трактирица страдала раком флексуры. Здесь из поперечноободочной кишки после наложенного anus praeternaturalis выделено до 400 груздей. Эта женщина за 8 недель до этого ела грибы. И. Цимхес.

45) *О резекции желудка при послеоперационном ulcus pepticum.* Prof. F. de Gironcoli (Zentrbl. f. Chir. 1930, № 1) предлагает модификацию радикальной резекции желудка при ulcus pepticum, заключающуюся в том, что место анастомоза не удаляется вместе с прилегающими петлями тонких кишек, а остается участок кишек тотчас ниже анастомоза с двумя коленами: приводящим и отводящим. После удаления части желудка, анастомоза и начальной части дуоденума, оставленный участок желудка сшивается непосредственно с просветом кишки с двумя коленами. Таким образом в удаленной части остается ulcus pepticum, а вновь образованный желудок получается по типу резекции Вильрот II, с той лишь разницей, что предлагаемый автором способ технически и проще, и менее продолжителен. И. Цимхес.

46) *О неудачах после резекции по поводу язв желудка и двенадцатиперстной кишки.* Prof. H. Haberer (Zentrbl. f. Chir. 1930, № 2), имея большой опыт в резекциях желудка (2310 сл.), разбирает могущие встретиться неудачи. Прежде всего автор приводит неправильные показания к резекции, как-то, язвенный гастрит, холецистит и заболевания других органов, по ошибке принятых за язву желудка. Могут быть неудачи при правильных показаниях к резекции, т. е. каллезных, прободных язвах, когда произведена недостаточная резекция, хотя автор противник больших обширных резекций. Для удовлетворительного исхода рекомендует резецировать antrum и pylorus. Большое значение придает автор диетическому последовательному лечению и режиму в смысле тяжелой работы, при несоблюдении их могут быть неудачи. И. Цимхес.

47) *Sectio alta transperitonealis в 2 приема.* Feridum Schewket (Zentrbl. f. Chir. 1930, № 2) в 2-х случаях с успехом удалил камни мочевого пузыря, подшивая после вскрытия брюшной полости пузырь к пристеночной брюшине, а через 24 часа вскрывал пузырь, удалял камень и затем послойно зашивал рану наглухо. Спустя 12 дней его пациенты (12- и 8-летние мальчики) выздоровели. И. Цимхес.

48) *Результаты резекций rami communicans n. sympathic. при спастических параличах.* M. Herz (Zentrbl. f. Chir. 1930, № 2) в 36 случаях применил вышеуказанную операцию безуспешно. И. Цимхес.

д) Педиатрия.

49) *Влияние тонзиллэктомии на дифтерийный иммунитет.* Schick и Торрег (Am. Journ. of dis. of childr. 1929, vol. 33) задались вопросом, чем объясняется тот общепризнанный факт, что дети с удаленными миндалинами редко

болеют дифтерией. Является ли это только результатом того, что удален орган, представлявший благоприятную почву для роста палочек дифтерии, или это результат повышенного иммунитета? Для решения вопроса они определяли у детей при помощи реакции Schick'a восприимчивость к дифтерии до тонзиллэктомии и 6 месяцев после операции. Из 100 детей, дававших положительную реакцию до операции, уже через 6 месяцев оказались невосприимчивы 82; этот % значительно превышает средний % невосприимчивости в детском возрасте. В другой группе из 200 детей, у которых миндалики были удалены ранее, тоже оказалось 81% невосприимчивых. Разбирая некоторые возможные объяснения этого факта и не останавливаясь окончательно ни на одном объяснении, авторы констатируют, что тонзиллэктомия действует не только устраняя *locus minoris resistentiae*, но и повышая иммунитет.

Е. Л.

50) *К патологии т. наз. острого пиелита у детей.* Wilson a. Schloss (Am. Journ. of dis. of childr. 1929, vol. 38) в 49 случаях вскрытия у детей, которые при жизни страдали пиурией, только в 2 случаях обнаружили ясное воспаление интерстициальное воспаление почечной ткани в виде легкой клеточной инфильтрации вокруг сосудов, или в виде небольших абсцессов, или, наконец, в виде некротических участков. У детей, не страдавших при жизни пиурией, никогда на вскрытии таких изменений в почках не бывает. Не отрицая того, что пиурия может быть вызвана различными причинами (цистит, почечные камни, ведущие к застою мочи, аномалии мочевыводящих путей и пр.), авторы полагают, что в большинстве случаев причиной ее является интерстициальное воспаление почек. Эти данные говорят за гематогенное происхождение заболевания и объясняют малоуспешность наших терапевтических мероприятий.

Е. Л.

51) *Лечение пневмоний у детей.* Epstein (Arch. of Pediatrics, vol. XLV, № 10) при лечении бронхопневмоний на первое место ставит профилактику. Если заболевание ребенка сопровождается изменением со стороны дыхательных путей, хотя бы простым бронхитом, например, при кори, гриппе, коклюше и друг., необходимо ребенка немедленно уложить в постель. Главные заботы в отношении ребенка уже больного бронхопневмонией должны быть направлены на уход, гигиену и питание; необходим обильный свежий воздух; пища должна содержать преимущественно углеводы (зерновые каши, сырые и варенные фрукты, соки). Применение оанок автор считает научно необоснованным и в некоторых случаях вредным актом (пугает детей, травмирует кожу). Применение растираний кожи всевозможными маслами считает бесполезным в отношении легочного процесса и вредным в гигиеническом отношении. Только при обильных диффузных процессах, когда периферические органы обедневают кровью, рекомендуются горчичные пасты, ванны, тепло на грудь; детям старшего возраста согревающие компрессы. Жаропонижающие (фенацетин, антипирин, аспирин и др.) абсолютно вредны. Из лекарств при явлениях сердечной слабости рекомендуется камфора, кофеин, наперстянка, адреналин. При сильном кашле — кодеин; в некоторых случаях, особенно при обильной секреции и спазме бронхов, целесообразно применение в малых дозах атропина. Применение отхаркивающих микстур детям раннего возраста не только бесполезно, но часто вредит, так как вызывает беспокойство и нарушает сон; сыворотке и вакцине при бронхопневмониях автор не придает большого значения. Лечение крупозных пневмоний требует меньше вмешательств, чем бронхопневмоний. В обыкновенных случаях требуется только соответствующий уход, гигиена, пища, свежий воздух. В тяжелых случаях рекомендуются водные процедуры и сывороточное лечение. В остальном тоже, что и при бронхопневмониях.

М. Л.

52) *Лечение коклюша эфиром.* Levy и Shapiro (Archiv. of Pediatrics, v. XLV, № 7) применяли эфир при коклюше на большом материале (по 1 куб. см. эфира ежедневно под кожу) и на основании своих наблюдений пришли к заключению, что эфир действительно целесообразно применять в тяжелых случаях коклюша, ведущих к кахексии детей, так как в 50% наблюдается значительное улучшение уже после 1—2 инъекций. Неприятным моментом этого метода являются некрозы тканей на месте инъекции, наблюдавшиеся авторами в 25% всех случаев; некрозы эти, правда, не тяжелые, излечивающиеся в течение немногих дней или недель. Попутно авторы приводят литературные данные других американских педиатров, обнимающие больше 700 случаев, причем результаты их лечения значительно лучше, чем у Levy и Shapiro; некрозы почти нигде не наблюдались. Значительное улучшение наступало в 60—75% после 1—2-х инъекций.

М. Лукьянчикова.