

ными, дольше жили. В 2 случаях имелся наследственный эритроblastоз, и спленэктомия остановила быстро развивавшуюся анемию. 6 больных оперированы по поводу геморрагической пурпуры. В 4 случаях наступило выздоровление, в одном—улучшение, и в одном случае больной погиб. 5 больных оперировались по поводу болезни Баяти. В 2 случаях, оперированных в начале заболевания, 6-ые выздоровели, в 2-х случаях—без результатов, и один случай—со смертельным исходом.

Е. Ауслендер.

Gajza G. Рентгенотерапия маститов. (Surg., Gyn. u. Obst. V. 63, № 4, 1936).

Автор сообщает свои результаты лечения рентгеном 100 случаев мастита. Облученное поле имело размеры от 8×10 до 15×15 см. В соответствии с глубиной пораженной ткани давалось от 50 до 150 л. на расстоянии кожного фокуса в 30 см с фильтром в 0,5 мм цинка + 0,5 мм алюминия.

По результатам этого лечения все случаи могут быть разделены на 3 группы: 1. Боли уменьшались постепенно, и быстро улучшалось общее состояние, со снижением температуры в 24 часа.

2. После облучения немедленно появлялась температурная реакция, но исчезали другие болезненные симптомы на следующий день; лечение продолжалось 2 дня.

3. Температура спадала, а лечение продолжалось в течение недели.

Разрез был необходим при образовании (в последующем) гнояника только в 9 случаях из 100 маститов. Автор считает, что весьма важно раннее облучение, и если лечение рентгеном начинается в 1-й день болезни, то наступает исцеление в 95%, если лечение начинается на 2-й день, то исцеление наступает в 90%, если же к облучению приступают позже, то результаты неудовлетворительны.

В. П. Горбатов.

W. Schmidt. К оперативному лечению мышечной кривошеи. (Zbl. f. Chir., 1936, 31, 2168—2169).

А. указывает, что причиной плохого косметического результата после операций по поводу мышечной кривошеи может быть образование в результате сокращения перерезанной грудино-ключично-сосцевидной мышцы полого пространства над ключицей, увеличивающегося вследствие редерессации головы в здоровую сторону и, при недостаточной остановке кровотечения, заполняющегося кровью. Во избежание образования гематомы рекомендуется вводить дренаж на 48 часов и пользоваться для рассечения мышцы электрическим ножом. Образующееся после ее перерезки указанное полое пространство рекомендуется заполнять небольшими кусками подкожной клетчатки из левой нижней части живота; на кожу накладывают два тонких шелковых шва. Косметические результаты вполне удовлетворительны.

Б. Иванов.

E. Ulrich. К вопросу о профилактике и лечении хинин-кальцием послеоперационной пневмонии. (Zbl. f. Chir., 1936, 38, 2244—2247).

На основании своих наблюдений а. указывает, что в результате профилактического назначения хинин-кальция в день операции и в два последующих дня частота послеоперационных легочных осложнений снижается примерно в три раза, а развивающиеся осложнения отличаются сравнительной легкостью (в $\frac{2}{3}$ сл. дело шло лишь о простом бронхите); в случаях, где профилактического назначения хинин-кальция не производилось, подавляющее большинство послеоперационных осложнений составляли пневмонии и бронхопневмонии. А. сообщает также о хороших результатах применения хинин-кальция в качестве лечебного средства при бронхите, пневмонии и бронхопневмонии. Пользуясь хинин-кальцием Sandoz, а. с профилактической целью вводит его в мышцы ягодичной области в количестве 10 см^3 в день операции, 2 раза по 10 см^3 на следующий день и еще 10 см^3 на второй день после операции. *Б. Иванов*

Behrendt. Так называемая „стафилококковая рожа“ лица. (Zbl. f. Chir., 1936, 36, 2149—2150).

Предметом работы а. являются некоторые случаи рожи лица, описанные под неправильным названием „стафилококковой рожи“. Заболевание исходит большей частью из фурункулов и других очагов и по своим симптомам подходит на настоящую стафилококковую рожу, от которой резко отличается как по клинической, так и по гистологической картине. Под влиянием стафилококков процесс быстро захватывает кожные и подкожные вены, развивается тромбоз и венозный застой с характерной багровой окраской кожи.

В венозных тромбах в результате развития множественных гнойных фокусов образуется просвечивающая через эпидермис, более или менее выраженная сеть тяжей. В коже образуются мелкие гнойные пустулы. Этих тяжей, гнойных пустул и багровой окраски кожи при настоящей стафилококковой роже не бывает; не бывает ири роже и метастазов во внутренних органах и развития общего сепсиса. В виду этого а. считает, что называть эти стафилококковые заболевания „рожей“ нельзя, так как это создает путаницу и ведет к совершенно неправильному применению консервативного лечения, вместо показанного в этих случаях энергичного и раннего хирургического вмешательства (ранние множественные разрезы через всю пораженную область); операция должна производиться до развития безнадежной в смысле прогноза „миллиарной флегмоны“. Консервативное лечение так называемой „стафилококковой рожи“ дает очень высокую смертность, причем а. полагает, что во многих случаях сепсиса на почве рожи, вероятно, дело шло об этом злокачественном стафиломикозе, которому он вместо неправильного названия „стафилококковой рожи“ предлагает дать наименование „прогрессирующего стафиломикоза“. *В. Иванов.*
W. R ö r k e. *Лечение врожденной косолапости.* (Arch. f. Klin. Chir., 1936, 183, 605—609).

На основании собственных наблюдений а. считает, что лечение врожденной косолапости должно начинаться сейчас же после родов и состоять в эластичной ручной редрессации и самостоятельных активных упражнений определенных мышечных групп. При сильном сопротивлении со стороны мягких частей показано производство тенотомии и особенно иссечение подошвенного апоневроза. Насильственной и грубой редрессации следует избегать; при застарелой косолапости и косолапости у взрослых, когда все попытки пластической редрессации оказываются безуспешными, показано оперативное вмешательство на скелете стопы в форме клиновидной остеотомии, соединенной, если необходимо, с вмешательством на мягких частях. Необходим длительный контроль в течение всего периода роста даже у успешно леченных детей; при этом важное значение в качестве показателя результата лечения имеет рентгеновское наблюдение за центрами окостенения, так как недостаточная оссификация, наряду с другими моментами, рано или поздно может вести к рецидивам, требующим длительного и энергичного лечения.
В. Иванов.

е) Методы лечения.

Fatzer. *Случаи отравления препаратами золота* (Schw. m. Woch., V. 66, 1936 г.).

С тех пор как препараты золота стали применяться для лечения различных заболеваний, в особенности легочного туберкулеза и хронического ревматизма, начали появляться в литературе описания весьма нежелательных осложнений, причем оканчивающихся даже летально. Автор приводит описание двух таких случаев. Она высказывает убеждение, что токсические симптомы могут наступить после введения любого препарата золота и советует строжайшим образом следить за состоянием больных, проходящих лечение золотом. Его нужно прекратить при появлении малейшего признака интоксикации. Типичный агранулоцитоз в смысле Шульце редко наступает после введения золота. Токсические явления обычно охватывают всю кроветворную систему. Однако смерть может наступить и без резких изменений крови. Причиной ее может явиться повреждение печени, эритрит или легочный абсцесс. Автор отмечает, что медленный инфильтративный процесс в легких со склонностью к образованию абсцесса особенно часто наступает в связи с терапией золотом. У некоторых лиц предрасположение к отравлению золотом бывает особенно резко выражено.
В. Дембская.

Lickint. *Опасность физиотерапии на практике* (Münch. med. Wschr. 18, 1936г.).

Важнейшим противопоказанием для диатермии являются расстройства чувствительности всякого рода, особенно нарушение температурного чувства. Необходимо иметь в виду также силу тока и продолжительность отдельного сеанса, которая обычно не должна превышать $\frac{1}{2}$ часа. После 10—15 сеансов целесообразно сделать перерыв. Облучение ультрафиолетовыми лучами часто активизирует туберкулезный процесс и вызывает тетанические припадки. Продолжительность облучений вначале составляет 4 мин.; затем продолжительность сеансов постепенно увеличивается на 1 мин. и доходит до 15 мин. (на переднюю и