

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 агрануцитоз 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

заднюю поверхность туловища). Следует также считаться с индивидуальной чувствительностью кожи и всякий раз защищать глаза. *Б. Иванов.*

Kubiczek, M. *Болеутоляющее действие яда кобры* (Polska gaz. Lek., 3—5, 1936).

Материал а. составляет 23 сл.; во избежание токсического действия яда доза при первом впрыскивании не должна превышать 2,5 МЕ. Дальнейшая дозировка зависит от случая и характера действия; пауза между отдельными впрыскиваниями должна быть не менее 3 дней, а максимальная доза не может превышать 20 МЕ. Яд кобры не оказывает действия при болях, обусловленных давлением на нервные окончания и стволы; хорошего результата можно ожидать при невралгии тройничного нерва, ишиасе и т. д. Необходимо считать, что в таких случаях яд кобры является не только болеутоляющим, но и средством раздражающей терапии. Если после первого впрыскивания развиваются симптомы анафилаксии, отеки, крапивница и зуд, то дальнейшее лечение противопоказано; то же относится и к первым явлениям отравления (тошнота, рвота и общая слабость). Лечение ядом кобры противопоказано у тяжелых больных с некомпенсированными пороками сердца, заболеваниями легких, острыми заболеваниями почек и далеко зашедшими новообразованиями. *Б. Иванов.*

René Mignot. *Внутривенное введение активированного растительного и животного угля* (Pr. Méd., № 10, 1936).

Метод введен в терапию проф. Saint-Laques из Монреаля, идея принадлежит проф. Coghlin, который применил его с успехом у животных в 1738 сл. различных инфекций и один раз на человеке, у своего ассистента, страдавшего хроническим рецидивирующим фурункулезом. В последнем случае излечение было достигнуто одной инъекцией.

Еще раньше Wedekind и Aritz пытались лечить легочный туберкулез внутривенными инъекциями животного угля. В конце 1933 г. Сен-Жак сообщил о 100 случаях применения этого метода при различных инфекциях. В последнее время вопрос заинтересовал ряд французских терапевтов. Проф. Сен-Жак применяет животный уголь, тончайшим образом размельченный. Tourgaie и Menetrel предпочитают активированный растительный уголь, обладающий значительно большей адсорбцией. Ряд условий делает инъекции безопасными: уголь должен быть чистым, тщательно измельчен и просеян; частицы не должны превышать размеров красного кровяного шарика; животный уголь готовится во взвеси с дистиллированной водой, а растительный — в физиологическом растворе. Доза 2—3 куб. см на инъекцию. Курс — 2—5—10 инъекций. В некоторых случаях комы при отравлении барбитуровыми препаратами Менетрель производил в течение суток 3—4 инъекции по 4—5 куб. см, чередуя их с инъекциями стрихнина.

В начале инъекции в шприц насасывается из вены немного крови, с которой взвесь смешивается. Введение угля безболезненно. Рекомендуется следить, чтобы из иглы не выступала капля взвеси, т. к. после этого получается в коже точечная татуировка. Сен-Жак и Менетрель считают показанным применение метода: 1) при острых инфекциях: а) общих — септицемия, послеродовые инфекции, острый инфекционный ревматизм; б) местных — фурункулез, пиодермия, гонококковые заболевания суставов, простатиты, орхо-эпидидимиты и др.

2) Подострые и хронические заболевания дают значительно менее выраженный эффект. При заболеваниях легких Сен-Жак получал хороший результат при послеоперационных осложнениях; при нагноительных заболеваниях легкого и бронхов введение угля хорошо переносилось больными, давало иногда снижение температуры, но не оказывало влияния на течение самого процесса. При тбк легких благоприятного эффекта не получено.

3) Интоксикации. Основываясь на адсорбирующих и нейтрализующих свойствах угля, Менетрель в 4 сл. применил вливание взвеси угля при отравлениях барбитуровыми препаратами с благоприятным результатом.

Что касается осложнений, то проф. Собразе обратил внимание на опасность реактивных изменений в легких и других паренхиматозных органах, вызываемых частицами угля и на возможность блокады ими ретикуло-эндотелиальной системы. Он предостерегает от применения метода. Менетрель, однако, настаивает, что тщательное приготовление угля и взвеси его исключает всякую опасность. Последний автор на 162 исследования имел 58% положительных результатов.