

10 снт. длиной каждая. В обеих нижних долях и правой средней легких выраженная индурация и интерстициальный фиброз, свежий тромб по стенке сосуда ведущего в среднюю долю. В кишечнике взрослых форм *a. lumbricoides* не было найдено.

Н. Крамов.

### ч) Туберкулез.

213. О лечении *lupus vulgaris* диетой по Gerson'у говорят S. Bommer и L. Bernhardt из Гиссенской клиники проф. Jesionek'a (D. m. W. 1929, № 31). За последние годы лечение *lupus* претерпело большие изменения: вместо стремления воздействовать местными разрушающими средствами на местный очаг болезни лечебные мероприятия стремятся к поднятию жизненной функции всей кожи, обмена всего организма (световые, солнечные ванны всего тела, холодные и горячие ванны, очищение всей кожи). Общее укрепление, использование благоприятной внешней обстановки играют теперь в терапии *lupus*, как и всех других туберкулезных больных, основную роль. Кожа и легкие, два большие соприкасающиеся с внешней средой органа, играют главную роль в проникновении и развитии тбк, и в правильном их содержании вообще главная цель терапии тбк. Третьим важным органом, соприкасающимся с внешней средой является кишечный тракт; на этот орган в смысле лечения тбк в настоящее время обращено особое внимание Gerson'ом, Sauerbruch'ом, Herrmannsdorfer'ом. С начала 1928 г. обращено внимание на лечение диетой Gerson'a и больных *lupus vulgaris*, и в настоящее время можно сказать, что диететическое лечение можно рассматривать как самое действительное лечение *lupus vulgaris*.

В настоящее время Гиссенская клиника применяет диететическое лечение свыше 150 больных *lupus*. Уже через несколько дней при этом отмечаются улучшения даже и при наименее подававшихся прежде лечению гипертрофических формах: исчезновение отеков, венозного стаза—это первые клинически отмечаемые результаты диеты. Затем постепенно исчезают все явления, причем особенно надо отметить прекрасный косметический результат: не остается никаких рубцов. При докладе Bommer'ом и Bernhardt'ом было продемонстрировано 25 совершенно излеченных случаев *lupus*.

На XVI съезде немецких дерматологов (Кёнигсберг 4—10, VIII 29 г.) Bommer говорил уже о 200 случаях и сделал еще ряд практических указаний. Лечение длится от 3 до 12 месяцев. Один Mineralogen (M. m. W. 1929, № 21) без диеты недействителен. Лечит не сама диета, она подготавливает только почву, на которой лучше действуют терапевтические мероприятия; во всех случаях применялась и гелиотерапия. Wischmann (Hamburg) подтверждает хорошее течение *lupus* при лечении диетой.

Ю.

### д) Детские болезни.

214. Болезни органов кровообращения в детском возрасте подразделяются Priv.-Doz. A. F. Hecht'ом (Die Arztliche Praxis № 3, 1929) на шесть групп: *Первая группа*: эндо-, мио- и перикардиты — в грудном возрасте б. ч. стоят в связи с пупочной инфекцией, нагноительными процессами, гонореей или гриппозной инфекцией, а позже — в связи с ревматизмом. Терапия заключается в полнейшем покое, удобоваримой пище, заботе за опорожнением кишечника и в устранении всяких раздражений. При беспокойстве—sedativa. Препараты digitalis'a показаны только в тех случаях, когда расширение сердца, припухлость печени или отеки говорят о недостаточном кровообращении. Энергичная digitalis-терапия может дать толчек к возникновению эмболии. Салициловые препараты рекомендуются автором давать только при одновременных ревматических явлениях и немедленно по миновании надобности прекратить. После ликвидации эндокардита необходимо еще соблюдение строгого постельного режима в течение нескольких недель, и только с установлением пульса на цифре 100 можно начинать постепенно вставать. При наличии одновременно ангины необходимо после выздоровления прибегнуть к тонзиллэктомии. При ревматических заболеваниях эндокарда всегда можно ожидать в той или иной степени участия и миокарда. Перикардиты часто сопутствуют ревматическим эндокардитам, но могут встречаться без них, просто как ревматический эквивалент, и часто комбинируются с левосторонними плевритами. Встречаются еще в детском возрасте и туберкулезные перикардиты. Из-за болей и тяжелого дыхания приходится иногда прибегать к морфию или опию. При большом экссудате ставится вопрос о пункции, а при нагноении—о хирургическом вскрытии сердечной сумки. Перенесшему острый перикардит ребенку

очень часто угрожает сращение перикарда с сердцем, дающее клиническую картину затруднения опорожнения предсердий с застойной печенью, описанной Risk'ом под названием perikarditische Pseudoleberzirrhose. *Вторая группа*—это нарушения кровообращения при разных инфекционных заболеваниях. Заболевания эти касаются по преимуществу тех, которые переносят скарлатину, дифтерию, тиф и пневмонию. При дифтерии чаще всего бывают смертельные исходы от недостаточности сердца, имеющей частично своим объяснением недостаточность надпочечников, миокардит, заболевания мелких сосудов, изменения vagus'a и sympathicus'a и нарушения в проводящей системе сердца. Лечение заключается в камфоре, кофеине, атропине, с осторожностью стрихnine и адреналине. Препараты наперстянки обычно действуют нехорошо, так как вызывают сердечный блок. *Третью группу* составляют врожденные аномалии, диагностика которых, по Нечет'у, в первые 4 года жизни представляет большие трудности. Детям с врожденными заболеваниями сердечно-сосудистой системы следует избегать холода и инфекций. Случаи, при которых помогает наперстянка, представляют исключения. *Четвертую группу* составляют гипертрофии и дилатации, которые при декомпенсации лечатся так же, как и у взрослых. *Пятая группа*—это те болезни, которые сопровождаются так называемыми неорганическими шумами. Большею частью эти явления бывают в школьном возрасте, а шумы эти кардиопульмонального характера. К этой же группе относятся шумы во время лихорадки, шумы реконвалесценто́в (атонические) и шумы анемичные. *Шестую группу* составляют детские аритмии, причем автор констатирует, что до некоторой степени дыхательная аритмия (учащение пульса во время вдоха) физиологична для детского возраста вообще. Патологическое усиление этого явления замечается у детей с повышенным тонусом vagus'a и после лихорадочных заболеваний. Из других нарушений ритма автор отмечает нарушение проводимости вплоть до блока (при дифтерии и гриппе); экстрасистолы, которые после ангины и гриппа прогностически не страшны, а после дифтерии даже опасны; трепетание и мерцание предсердий, которые у детей бывают весьма редко и связаны с пароксизмальной тахикардией.

С. М. Райский.

### е) Хирургия.

215. *Анэстезия плечевого пояса.* А. Balog (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 32) считает все подключичные методы (Babitzky, Hirschel, Balog, Kil) обезболивания плечевого сплетения не как замену способу Külenkampff'a, а в помощь для тех случаев, где анатомические условия не позволяют произвести анестезию по Külenkampff'у.

И. Цимхес.

216. *Percain как местнообезболивающее средство.* Н. Seemen (Zentrbl. f. Chir. 1929, № 31), применяя percain для целей проводниковой анестезии в виде 0,25—0,1%, для инфильтрационной—0,05% растворов, наблюдал полное наступление анестезии спустя 5—10 мин., и она сохранялась в течение 8—10 часов без наступления последующих болей. Клиническое применение этого препарата показало возможность применения больших количеств без местного повреждения тканей и побочных явлений. Сравнительные дозы: 0,25% percain=2% новокаина.

И. Цимхес.

217. Разрабатываемый А. В. Вишневским метод *инфильтрационной анестезии* большими количествами слабых растворов новокаина в применении к операции *аппендицита* (Zentr. f. Chir., S. 1286, 1929), складывается из след. моментов: 1) Инфильтрация кожи и подкожной клетчатки по всей длине намеченной линии разреза. Разрез без выжидания до апоневроза. 2) Инъекция раствора под апоневроз m. obliqui abd. ext. и разрез его. 3) Растянув апоневроз крючками инъецируют m. obliquus abd. int., раздвигают его волокна и захватывают двумя Кохеровскими зажимами сухожильную часть m. transv. abdomini, вытягивая его в виде конуса вверх. Разведя Кохера, в верхушку конуса впрыскивается до 60 см.<sup>3</sup> раствора. Этому моменту автор придает весьма существенное значение. Раствор, легко продвигаясь в рыхлый предбрюшинный клетчатке, широко анестезирует брюшину, захватывая участки брюшины, расположенные в стороне от места разреза. 4) Разрезав конус m. transv. abd., попадаем в предбрюшинную клетчатку и, захватив брюшину двумя Кохеровскими зажимами, вытягивают ее также в виде конуса вверх и вскрывают. 5) Вставив в рану крючки Hartmann'a, под контролем пальца инъецируют раствор в четыре противоположные стороны под брю-