

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 реконвалесцентов (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.³ 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-

шину, после чего осторожно растягивая крючки, получают желаемый просвет раны. 6) Дальше анестезируют брыжеечку отростка, а при наличии сращений производят дополнительную инфильтрацию их.

На производство операции аппендицита тратится около 300 см.³ 1/4% раствора новокаина.

Э. Г. Клейн.

218. *Аппендицит и травма.* В литературе дискусируется вопрос о том, может ли вызываться острое воспаление червеобр. отростка на почве травмы. Н. Hartoch. (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 25) полагает, что в случае, если среди полного здоровья ребенка после тупого повреждения живота наступает болезненность в правой половине нижней части живота, рвота, при операции находят прободный отросток с выступающей кровью. В таких случаях подтверждается связь между травмой и последующим воспалением.

И. Цимхес.

219. *Открытый или закрытый способ лечения ран после сакральных операций на прямой кишке?* F. Neugebauer (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 25) в 51 случае с успехом применил закрытый способ лечения ран после операций на прямой кишке по сакральному методу. Необходимо каждый случай резекции превратить в ампутацию кишки. Задний проход до вмешательства в несколько рядов плотно сшивается, и в случаях, где сфинктер должен сохраниться, выводится он через дорзальный разрез. После низведения кишки опухоль помещается перед задним проходом, сфинктер и вся рана плотно закрыты и залеплены и после всего кишка отжигается каутером впереди заднего прохода.

И. Цимхес.

220. *Первичный острый гнойный остеомиелит позвоночника.* R. Hubrich. (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 33) наблюдал 2 случая первичного острого гнойного остеомиелита: в одном случае левого поперечного отростка и части тела IV поясничного позвонка; в другом случае наблюдалось частичное поражение тела V поясничного позвонка. В обоих случаях после вскрытия гнойников и последующего лечения тампоном процесс закончился выздоровлением. Дальше автор приводит патогенез и статистику подобных случаев.

И. Цимхес.

221. *К лечению взрослого ногтя.* Даниляк (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 33) предлагает после полного или частичного удаления ногтя, ногтевое ложе тщательно подрезать ножницами и еще кровоточащую рану покрыть несколькими слоями стерильной марли и после слоев ваты. На 3—4 день сменяется вата и 2—3 верхних слоя марли. Оставшийся слой марли надрезается возле краев ложа и накладывается стерильная повязка. На 10—13 день снимается присохшая марля и показывается зажившая рана. Таким образом заживление наступает per primam и как бы под струпом. Нет необходимости в пластике по Thiersch'y, как предлагает Джанелидзе и К. Keschke.

И. Цимхес.

222. *К технике свободной пересадки фасции.* Малышев. (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 23) для согревания трансплантата предлагает следующее: На наружной стороне бедра иссекается необходимой величины отрезок fasciae latae и остается в раневом ложе. С одного конца трансплантата протягивается длинная нитка наружу. Кожная рана закрывается наглухо, оставив небольшое пространство, через которое при потягивании в любой момент можно извлечь трансплантат.

И. Цимхес.

223. *О хирургическом лечении anginae pectoris.* С. П. Федоров. (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 26), высказывается за то, что не все формы грудной жабы подлежат оперативному лечению, а только те, где терапевтическими средствами нельзя добиться успеха. Операции на симпатической нервной системе шеи ведут не только к временному, но и продолжительному улучшению. Какие операции и в каких случаях на sympathicus'e производить—покажет будущее. И. Цимхес.

224. *Редкий случай вывиха локтевой кости внутрь.* Н. Номта (Zentralbl. f. Chir., 1929, № 31) описал случай вывиха локтевой кости внутрь с вращением полулунной поверхности локтей. Кости внутрь и субкапитальным переломом лучевой кости со смещением внутрь.

И. Цимхес.

225. *Результаты лечения гастроптоза поперечной резекцией.* Prof. B. Martin (Zentralbl. f. Chir., № 29, 1929) в тяжелых случаях чистого гастроптоза с успехом (10 случ.) применял поперечную резекцию желудка тотчас ниже cardi'a на один поперечный палец до поворота малой кривизны в привратниковую часть.

И. Цимхес.