

264. *Меры борьбы с некоторыми послеоперационными осложнениями.* F o n o y o (Zentr. f. Gyn., 1926, № 8) на основании своего опыта (63 сл.) горячо рекомендует для борьбы с послеоперационной атонией кишек парентеральное введение 2 к. сант. перистальтина с 0,001 физостигмина. Инъекции делаются тотчас после операции, затем вечером в день операции и, наконец, утром и в полдень следующего дня. В a g o n для борьбы с послеоперационной рвотой и метеоризмом хвалит частые промывания желудка через зонд, введенный через нос. G e i s e n h o f e r советует у оперированных применять в день операции внутримышечные впрыскивания 0,05 neucosol'a. Средство это фармакодинамически стоит близко к пилокарпину и действует в смысле мобилизации водного запаса тканей: уже через 5—10 минут после инъекции прекращаются чувство жажды и тошнота. Больше 0,05 вводить не следует, в крайнем же случае можно повторить впрыскивание через некоторое время. Z u g z и K u r r указывают на то, что оперированные в течение 48 часов теряют от 1—2½ литров воды, вследствие чего в организме их получается избыток поваренной соли—от 1,0 до 10,0. Поэтому они считают противопоказанным введение вскоре после операции солевых растворов. Напротив, не содержащие соли растворы уменьшают избыток соли в организме и успокаивают жажду. G e z u w e на основании своих наблюдений (200 инъекций) рекомендует для уменьшения послеоперационных болей внутривенное введение лейкотропина (препарат атофана, содержащий уротропин): успокаивая боли, он не оказывает неприятных побочных действий, какие свойственны алкалоидам. Для лечения получающегося после наркоза катарра дыхательных путей B i e g e советует применять внутримышечные впрыскивания эфира, в количестве 0,5 куб. сант., с равным количеством ol. olivatum и с добавлением 1% пикаина. Вскоре после первой же инъекции наступает заметное улучшение, а при повторных инъекциях все явления исчезают на 3—4-й день.

Е. Заболотская.

3) Офтальмология.

265. *Спирохеты в конъюнктиве.* W e i s s (Med. Klin., 1925, № 37) обнаружил бледных спирохет в конъюнктивальном секрете у грудного ребенка с наследственным сифилисом. В отличие от опубликованного случая K u b i k'a, в этом случае заболевания конъюнктивы собственно не было, но около 8 дней спустя отмечены были некоторая анемия и инфильтрация конъюнктивы, причину которых автор склоняется видеть в присутствии спирохет. Зато развившаяся у данного ребенка впоследствии keratomalacia, по всей вероятности, не имела никакой связи со спирохетами.

В. Адамюк.

266. *К гистологии трахомы.* A u b a r e t, R o u s s e a u x и H e r m a n n (Arch. d'opht., 1924), исследуя ткань, пораженную трахомой свежих форм, и кусочков зернистой конъюнктивы, находившихся в термостате в контакте с сывороткой трахоматозного больного, наблюдали присутствие особых клеток, еще не описанных, раз'единяющих эпителиальные клетки, и особых эпителиальных элементов, эмигрировавших в фолликул. После пребывания в термостате гранулезной ткани с сывороткой уже на четвертом часу авторы могли видеть изменения эпителиальных клеток, отделение и исчезновение эпителия конъюнктивы. Клетки трахоматозного фолликула оказались более устойчивы, однако и они в свою очередь вырождаются, причем этот процесс достигает своего maximum'a через 36 часов. На основании своих наблюдений авторы считают пока невозможным сделать какие-либо практические выводы относительно действия трахоматозной сыворотки, т. е. относительно ее специфичности при трахоме.

Т. Лиорбер.

267. *Трудность распознавания начальных форм трахомы.* M o g a x (Arch. d'opht., 1924) отмечает, что в странах, где трахома встречается редко, диагноз начальных форм ее труден. Он приводит несколько случаев фолликулярных конъюнктивитов купавен (piscine), которые легко было смешать с трахомой; только равномерное распространение зерен на конъюнктиве верхнего и нижнего век—позволяло поставить дифференциальный диагноз. Легко смешать с трахомой также сифилис и the конъюнктивы фолликулярного типа. Наконец, трудно отличить от трахомы фолликулярный конъюнктивит с большими фолликулами при хроническом гнойном дакриоцистите.

Т. Лиорбер.

268. *Реакция связывания компонента с аденоидным антигеном при трахоме.* V a n s e a (C. r. de la Soc. de Biol., 1925, № 4) повторил исследования