

бирской язы, причем после обработки им кэгут не только не теряет своих физических свойств, но даже становится несколько прочнее. Скорость, простота и дешевизна обработки, хорошие физические качества, хорошая рассасываемость и абсолютная стерильность дают основание считать этот метод стерилизации кэгута заслуживающим серьезного внимания хирургов.

*П. Цицмесс.*

309. *Влияние хлороформного наркоза на химический состав мозга.* Исследования М. Я. Серейского (Журн. Эксп. Биол., т. V, № 13) показали, что хлороформный наркоз вызывает повышенное содержание липоидов как в сером, так и в белом веществе мозга, причем увеличение холестерина и ненасыщенных фосфатидов резче в белом веществе. Повышение содержания азота в мозговом веществе после наркоза настолько незначительно, что автор считает возможным говорить лишь о тенденции к нему.

*Р.*

310. *Головные боли после поясничной анестезии* наблюдаются, как известно, почти всегда, являясь одним из самых неприятных спутников ее. Наилучшим средством против этих болей Vidlicka (Braisl. Lek. Listy, 1925, oit.) считает применение салициловых препаратов вообще и ацилпирина (препарат, фабрикуемый в Чехо-Словакии) в частности.

*Р.*

311. *О локализации и метастазах рака пищевода.* Почти половина всех случаев рака пищевода, по данным А. Klein'a (Arch. f. klin. Chir., Bd. 145) падает на область бифуркации. Преобладает это заболевание у мужчин и в общей раковой статистике занимает второе место после рака желудка, встречаясь чаще всего на шестом десятке лет. Обычно в пищеводе развивается плоскоклеточный рак, который поздно дает метастазы; поэтому треть всех аутопсий при раках пищевода бывает без нахождения метастазов. Своевременная правильная диагностика зависит от методов исследования; к сожалению, больные часто обращаются к врачебной помощи лишь тогда, когда у них едва проходит жидкость. Применяемые в настоящее время методы лечения этой болезни заключаются в лекарственной терапии, бужировании и применении лучей рентгена или радия, причем последнему методу придается особенно большое значение. Если эти методы оказываются бессильны, то автор рекомендует радикальное оперативное воздействие на пораженный пищевод.

*П. Цицмесс.*

312. *К оперативному лечению желчнокаменной болезни.* Anschütz (Deut. med. Woch., 1926, № 44) полагает, что при желчных камнях раннее оперативное вмешательство в смысле Enderlen'a-Hotz'a (т. е. до 40 лет), притом во время интервала между приступами, является тем более показанным, что опасность операции во время приступа (при лихорадке или желтухе) с возрастом значительно повышается. Напротив, будучи производима во время паузы, операция с возрастом делается лишь немного более опасной (до 60 лет % смертности равен 1—2, позже—от 4 до 5). Впрочем принципиально производить операцию возможно рано,—так, как это рекомендуется при аппендиците,—автор при желчных камнях не советует: при легких припадках, по его мнению, можно ограничиваться неоперативным лечением и лишь при более сильных прибегать к операции. Отдаленные результаты оперативного лечения желчнокаменной болезни, по А., иногда бывают не вполне удовлетворительны; лучшие результаты могут быть получены, если усовершенствовать технику операции, оперировать своевременно и избегать случаев с нервной дисфункцией.

*В. Сергеев.*

313. *Лечение острых гнойных перитонитов* обсуждалось в качестве программного вопроса, на последнем съезде Немецких Хирургов (Arch. f. klin. Chir., Bd. 142, 1926). Докладчик Kirschner на основании материала в 11,619 случаев из 38 хирургических клиник устанавливает следующие принципы лечения острого гнойного перитонита: всякий случай острого перитонита, поскольку он вообще операбелен, должен немедленно быть оперируем; только гонококковые и пневмококковые перитониты составляют исключение. Операция должна проводиться с минимальной общей и местной травмой. Разрез проводится или в области очага инфекции, или срединный. Главной целью операции является надежное выключение источника инфекции возможно простым путем. Обширной эвентрации кишечника при операции следует избегать. Очищение брюшной полости от экссудата при общем перитоните производится при помощи орошения физиологическим раствором, при местном процессе—вытиранием. Не рекомендует докладчик применять механического опорожнения кишек при операции, а также накладывать пер-

вично кишечную фистулу. Дренаж свободной брюшной полости К. считает недействительным и потому ненужным. Если очаги инфекции удалось исключить, брюшная полость закрывается наглухо; если же этого сделать не удалось, то дренируется только местный очаг инфекции, который отграничивают тампоном от остальной брюшной полости. При последующем лечении главное внимание обращается на поддержание тонуса сосудов и капилляров и деятельности сердца, для чего может служить введение жидкости *per rectum* и при помощи длительных капельных интравенозных вливаний. При рвоте хорошие услуги оказывают периодические промывания желудка или „сухое содержание желудка“ при помощи постоянного зонда и аспирации. Деятельность кишечника поддерживается слабительными и местным применением тепла. При продолжающемся параличе кишечника выступают на сцену множественные пункции кишечника и энтеростомия. Докладчик совершенно отрицает вливания в брюшную полость эфира, особенно распространенные у гинекологов, и обращает внимание на то, что при вливании 100—500 куб. ст. эфира смертельная доза его превосходится от 5 до 25 раз, и, если не наступает смерти, то только потому, что значительная часть эфира успевает испариться. Докладчик думает, однако, что часть смертных случаев должна быть отнесена за счет отравления эфиром. Дренажирование свободной брюшной полости путем влагалничного дренажа заднего дугласова кармана К. совершенно отвергает. — *Кеуссер* нашел, что при известной концентрации водородных ионов бактерии убиваются в физиологическом растворе соли. Такие дезинфицирующие средства, как риванол, трипафлавин, флавицид, обладают известным оптимумом Ph, при котором действие их значительно усиливается. Физиологический раствор соли с таким Ph, которое наиболее губительно для бактерий, К. называет *Elmozid*-раствором и считает его весьма пригодным при лечении гнойных перитонитов. — *Л. Шт* показал, что *streptococcus lacticus* в желудке безвреден, и что вирулентные стрептококки из полости рта в желудочном соке быстро теряют свою вирулентность. Он думает, что главное значение здесь имеет соляная кислота, т. к. опыты на животных с искусственно вызванным перитонитом показали, что орошения с 0,3% раствором соляной кислоты благотворно действуют на инфекцию. — По данным *Schönbauer* (*Zentr. f. Chirurg.*, 1926, № 45) в клинике *Eiselsberg* при лечении диффузных перфоративных перитонитов пользуются орошениями раствором пепсина и соляной кислоты по рецепту: *acid. muriat. dil.*—4,5, *aq. dest.*—1500,0, *pepsini Kathé* (с переваривающей силой 1:3000)—1,0. При таком лечении клиника получила 12,8% смертности против 34,8%, проведенных без орошения. — При лечении послеоперационного шока *Оратор* применяет внутривенные вливания 60—150 куб. с. 30% раствора виноградного сахара плюс 40—100 единиц инсулина. — *Вогт* сообщает, что при лечении послеоперационных перитонитов в Тюбингенской клинике применяются интравенозные вливания 500 куб. с. раствора соли с 3—5 ампулами гипофизина, и указал на крайне благоприятное действие таких вливаний на кишечник, сердце и общее состояние больных. При таком методе лечения получено 22,2 выздоровлений в то время, как по *Kirschner* смертность от послеоперационных перитонитов равна 100%.

*А. Тимофеев.*

314. *К лечению номы.* По *М. В. Раскину* (*Клин. Мед.*, 1926, № 12) нома не является абсолютно-смертельным страданием, — различными авторами при различных способах лечения наблюдались случаи выздоровления от этой болезни. Вполне верного и надежного средства лечения номы мы, однако, до сих пор не имеем, и в частности результаты хирургического лечения не дают ему преимуществ пред другими методами. Из способов смешанного лечения автор выдвигает способ проф. *Киселя*, заключающийся в том, что тотчас по поступлении больного в больницу все омертвевшие ткани, насколько возможно, удаляются острой ложкой, язвенная поверхность промывается горячим (45°C) раствором марганцовокислого кали (1:1000—1:3000), затем в язву обильно втирается порошок иодоформа, и накладывается сухая повязка; если все омертвевшее удалить не удается, язва после втирания иодоформа покрывается смоченными в 1% растворе марганцовокислого кали кусочками марли, и выскабливание на следующий день повторяется; после удаления всех омертвевших масс выскабливания прекращаются, промывания же язвы и втирание иодоформа производятся не менее 2 раз в день до тех пор, пока язва не покроется здоровыми грануляциями. Какой-бы способ лечения номы ни был применен, больной должен быть поставлен в наилучшие гигиенические условия, причем особенное внимание должно быть обращено на чистоту воздуха.

*Р.*