

T—волны, так и в отношении ST—сегмента и интервала PR. У многих больных электрокардиограммы, произведенные через 10 час. после операции, еще отличались от результатов исследования до вмешательства. *Б. Иванов*

Рарр и Терренберг. Аппендицит с инфильтратом (Zbl. Chir. 1936, 37, 2184—2187). Операция в случаях аппендицита с инфильтратом технически трудна и сопряжена с опасностью побочных повреждений, общей инфекции, последующего некроза сальника и образования калового свища и сращений. Лечение должно быть здесь строго консервативным: больной укладывается в постель в положении по Fowle'у до полного затихания всех явлений местного перитонита. Идеальным успокаивающим боли средством является пузырь со льдом, при условии отсутствия давления и распределения его на достаточно большой поверхности. Чтобы избежать обморожений кожи живота, последняя предварительно смазывается вазелином и между пузырем и брюшной стенкой кладется сложенное в 4 раза полотенце; по мере привыкания больного полотенце может складываться в 3 или 2 раза и, наконец, укладывается в один слой. Перед закрыванием наполненного пузыря, из него удаляется вода и воздух; пузырь применяется до полной ликвидации острых воспалительных явлений; в дальнейшем, при полном отсутствии лихорадки, показано применение тепла. В первые дни заболевания больному совершенно запрещают пить и есть, вводя необходимое количество жидкости в виде соленого раствора; в дальнейшем—осторожная жидкая диета (подслащенный чай, чай с молоком, чистое молоко, супы), затем жидкая кашицеобразная и, наконец, молочнo-животная пища. Для устранения гипохлоремии, имеющейся при всяком воспалительном процессе в брюшной полости назначают подкожные впрыскивания 1000—2000 см³ физиологического раствора, который затем вводится в виде капельных клизм или заменяется внутривенным вливанием 10% раствора NaCl. Главным фактором консервативного лечения аппендицита с инфильтратом является вакцинотерапия; обычно производится 10—15 впрыскиваний при небольших и спустя 6—8 недель еще такое же количество впрыскиваний—при более крупных и старых инфильтратах. Кроме того а. назначает больным 2—3 стол. ложки в день Ol. Paraffini, имеющего значение „внутренней“ маевой повязки; масло распределяется по слизистой оболочке кишечника и, действуя чисто механически, регулирует стул. При таком лечении почти всегда спустя 3—6 мес. при операции находят свободный отросток; а. считает, что консервативный способ лечения случаев аппендицита с инфильтратами дает возможность избежать опасности, связанные с оперативным вмешательством. *Б. Иванов.*

Hilgenfeldt. Пиелография при вдохе и выдохе (Deutsche Ztschr. f. Chir. 247. N. 7/8, 1936. S 411—460). Автор производил пиелографию при сильном вдохе и выдохе в лежачем положении больного на одной или двух пластинках. Таким путем автор изучал смещаемость почки при различных заболеваниях. Дыхательная пиелография помогает: 1) в диагностике камней почечной лоханки и мочеточников, особенно при дифференцировании их с теньями другого происхождения (флеболиты, обызвестленные лимфатические железы и пр.), 2) в определении местоположения инородных тел, 3) при дифференцировании воспалительных заболеваний почки (паранефриты, карбункул почки, пиелонефрит и т. д.), 4) при воспалительных процессах соседних органов (панкреатит, аппендицит и пр.).

Автор считает, что в затруднительных случаях дыхательная пиелография позволяет поставить или исключить диагноз почечного заболевания. *В. Маят.*

Раас. Перфорации желудка и 12-перстной кишки после кормления контрастной массой при рентгеноскопии и их последствия. (Deutsche Ztschr. f. Chir, Bd 247. N. 7/8. 1936). На основе изучения современной литературы и собственных случаев автор разбирает частоту, клиническое значение и генез перфораций язв желудка и 12-перстной кишки после кормления контрастной массой при рентгеноскопии. Для большинства случаев автор считает причиной перфорации не прямое действие контрастной массы, а косвенное. Кормление контрастной массой больных, привыкших к диете, дает слишком большую нагрузку желудку—моторная функция повышается, кратер язвы, имеющий менее стойкую стенку, натягивается при движениях круговой и продольной мускулатуры, причем стенка может надорваться. Внешние моменты (пальпация и пр.) играют в генезе перфорации при рентгеноскопии второстепенную роль.