

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, молочно-животная пища. Для устранения гипохлоремии, имеющейся при всяком воспалительном процессе в брюшной полости назначают подкожные впрыскивания 1000—2000 см<sup>3</sup> 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“ мазевой 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 тенями 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.

Если у собаки произвести перфорацию 12-перстной кишки около привратника, последний спастически сокращается, причем перехода желудочного содержимого в 12-перстную кишку, а отсюда через перфорационное отверстие в брюшную полость, долго не наблюдается. Если наполнить желудок большим количеством контрастной массы при широко зияющем перфорационном отверстии передней стенки 12-перстной кишки в эксперименте на собаке, то в течение первого часа после перфорации перехода контрастной массы в свободную брюшную полость не наблюдается. Поэтому прогноз дуоденальной перфорации, получившейся после кормления контрастной массой значительно благоприятнее после своевременного зашивания отверстия, чем при желудочной перфорации. В эксперименте на животном можно доказать очень тяжелое действие контрастной массы при попадании ее в свободную брюшную полость. Из 10 собак, которым было введено в брюшную полость путем инъекции от 50 до 140 г сернокислого бария, предварительно простерилизованного, не выжила ни одна, смерть наступала самое позднее через 20 часов. Автор видит причину смерти в сильном действии сернокислого бария на брюшные органы и область чревного нерва. Микроскопическое исследование органов брюшной полости исключает резорбционное действие сернокислого бария. Автор не находил также и более позднего действия контрастной массы на паренхиматозные органы.

На основании своей работы автор дает следующие практические указания: 1) контрастная масса, попавшая при перфорации в брюшную полость, должна тщательно удалиться, 2) при перфорации желудочной язвы, когда в брюшную полость попадает большое количество сернокислого бария, нужно применять щадящие мероприятия, т. е. простое зашивание язвы, 3) в случаях с заболеваниями пищеварительного аппарата, при которых можно было бы опасаться перфорации и перехода контрастной массы в свободную брюшную полость, лучше совсем отказаться от исследования больного с дачей ему контрастной массы.

*В. Маят.*

**Paas. Самодренирование гнойного медиастинита при перфорации пищевода** (Dtsch. Ztschr. f. Chir. Bd. 247. N. 7/8, 1936 г. S. 495—500). Автор описывает случай перфорации зубным протезом кардиальной части пищевода во время эзофагоскопии. На рентгене обнаружено затекание контрастной массы в средостение. Несмотря на последующий тяжелый гнойный медиастинит, эмфизему средостения, пневмоторакс, гнойный плеврит и плевро-пищеводный свищ, случай закончился выздоровлением после резекции ребра, дренажа Бю л а у и гастростомии. Этот случай показывает, что перфорация пищевода с присоединившимся медиастинитом не всегда кончается летально при выжидательной терапии. Благоприятный исход гнойного медиастинита в данном случае определяется самостоятельным дренированием средостения путем широкого, расположенного у кардии, перфорационного отверстия.

*В. Маят.*

**Soest. К лечению фурункулов лица.** (Dtsch. Ztschr. f. Chir. Bd. 247. N. 7/8, 1936, S. 526). Автор разработал материал по фурункулам лица, прошедший через Кельнскую университетскую клинику в течение 9 лет. На 339 случаев смертность равнялась 2,9%. 7 больных погибло от гнойного флебита синуса, распространение которого шло по ходу v. angularis, v. ophthalmica; в 3 случаях процесс распространился по у. facialis anter и v. jugularis. Все умершие поступили в очень тяжелом состоянии, локализация процесса этих случаев—в 7—верхняя губа, в 2—нос, в 1 случае—нижняя губа. Вообще же по материалу автора фурункулы располагались в 42,5% на верхней губе, в 17,1% на носу, в 16,8% на щеке; в 8,6% на нижней губе, в 8,2% на подбородке, в 4% на лбу и в 2,8% в височной области. Клиника придерживается строго консервативного способа лечения, иногда делается прокол абсцедирующего фурункула для лучшего оттока гноя. Автор не наблюдал в течении процесса особой разницы от применения мазей, компрессов, влажных повязок и т. д. В 53 случаях была применена рентгенотерапия, которая вызвала размягчение, уменьшение напряжения и болезненности. Снег из углекислоты, примененный в 50 случ., вызвал быструю демаркацию и отторжение некротической ткани. В 14 случаях по поводу тромбоза была сделана перевязка v. angularis, после чего упала температура и улучшилось общее состояние. Первичный очаг лечился строго консервативно, несмотря на то, что 27,1% этих больных поступило в клинику с диагнозом „злокачественного“ фурункула. Автор, сравнивая цифры смертности (2,9), полученные на его материале при консервативном лечении, с цифрами