

мендуется вливание в брюшную полость 50—100 к. с. 3% раствора hydrogenii superoxydatis, причем образующаяся пена механически очищает брюшную полость, а выделяющийся кислород производит окисление токсинов; образующееся при отщеплении кислорода тепло вызывает перистальтику кишек и усиливает активную гиперэмию. Henfelder при лечении перитонитов употребляет предложенный G. Meyer'ом vaccinoseroform, представляющий соединение животной сыворотки, вакцин и живых, молочную кислоту образующих бактерий. Wolfsohn, еще в 1918 году предложивший для лечения диффузных гнойных перитонитов вливания эфира, подверг этот метод новой тщательной экспериментальной обработке и выработал новую технику его применения, которая состоит в следующем: в заключение операции брюшная полость промывается соевым раствором, после чего наркоз прекращается, больной из Trendelenburg'овского положения переводится в горизонтальное, брюшная рана широко растягивается крючками, и в нее вливается 30—50 к. с. эфира; после этого выжидают одну минуту, чтобы часть эфира испарилась, и еще раз слегка промывают брюшину 100 к. с. раствора NaCl. Брюшная полость закрывается наглухо, или ставится дренаж в зависимости от случая. Механизм действия эфира еще не вполне ясен. Автор думает, что, вероятнее всего, здесь играют роль несколько бактерицидных свойства эфира, сколько его биологическое действие на сосуды, приводящее к развитию сильной активной гиперэмии.

А. Тимофеев.

119. *Послеоперационный ацидоз* (циркуляция в крови резко увеличенного количества солей органических кислот), как показывают новейшие наблюдения, является очень частым осложнением. Так, Березов, Куховаренко и Лифшиц (Вестн. Хир. и Погр. Обл., т. VIII, кн. 22, 1926), сделавшие наблюдения над 281 больным, констатировали характерную для ацидоза ацетонурию в 43% случаев, независимо от того, была произведена операция под общим наркозом, или под местной анестезией; параллельно имела место гипергликемия (сахар в крови выше 0,17%). Maydl (по реф. в Zentr. f. Chir., 1926, № 34) констатирует ацидоз несколько чаще после местной анестезии (в 55%), нежели после общего наркоза (в 30%). Ort (по реф. ibid.), также указывая на большую частоту послеоперационного ацидоза, считает, что хлороформ легче вызывает это страдание, нежели эфир. Ацидоз возникает не только после операций, но, вообще, после всяких травм. По Maydl'ю, после травм он наблюдается в 20%. Ближайшей причиной ацидоза является, повидимому, не гипофункция печени, а понижение окислительных процессов в тканях. Клинические симптомы ацидоза колеблются от самых легких, каковы незначительная головная боль и бессонница, до самых тяжелых—тошнота, рвота, сухость во рту, упадок сил и даже смертельная кома. В борьбе с ацидозом весьма действительным средством является инсулин, который применяется многими в сочетании с глюкозой. Березов, Куховаренко и Лифшиц предлагают вводить по 400 куб. см. 5%, глюкозы в комбинации с 10 единицами инсулина внутривенно в следующие моменты: накануне операции, непосредственно перед операцией, после операции и, наконец, на другой день после операции. Последний раз можно вводить один инсулин без глюкозы. При такой обработке больного цитированные авторы наблюдали необыкновенно благоприятное течение болезни даже после очень тяжелых операций.

М. Фридланд.

120. *Lumbago*—одно из распространеннейших и, в то же время, одно из наименее изученных страданий. Остен-Сакен (Журн. Совр. Хир., вып. 3—4, 1926) полагает, что под lumbago следует подразумевать поясничные боли с острым началом, с нарушением статической и динамической функций позвоночника, но без других явных изменений. Главнейших форм две: травматическая, наблюдающаяся чаще всего у носителей тяжести, при которой требуется сохранение равновесия („носаки“ из категории деревообделочников), и вторая форма—ревматическая, поражающая преимущественно литейщиков. В основе травматических форм lumbago, повидимому, чаще всего лежит чрезмерное или неkoordinированное сокращение мышц, причем боли зависят или от первичного одновременного воздействия на нервную систему, или от вторичных в ней изменений, наступающих вслед за повреждением мускулатуры и кровеносных сосудов. В основе ревматических форм прострела лежит утомление мышц, что может обусловить надрывы ее волокон (Lorenz), коллоидные изменения,—ревматический миогелоз (Schade, Lange, Eversbusch), или травматизацию межпозвоночных кружков (Zollinger). Особенно резко влияние утомления при одновременном воздействии моментов охлаждения,—простуды. Кроме указанных двух главных форм, автор различает

еще lumbago на почве острых и хронических инфекций, а именно, поясничные боли при инфлюэнце, малярии, тифозных инфекциях, гоноррее и туберкулезе (туберкулезный ревматизм P o n s e i). Предрасполагающий возраст для lumbago—после 30—40 лет, когда (особенно у лиц физического труда) начинается изнашивание позвоночника и, прежде всего, межпозвоночных хрящей. Дегенерация и рассасывание которых ведут к характерному старческому кифозу. Поражаются прострелом главным образом мужчины; у женщин типичное lumbago встречается редко, но очень часты пояснично-крестцовые боли, основа которых кроется преимущественно в гинекологической сфере.

М. Фридлянд.

д) Офтальмология.

121. *Лечение старческой катаракты.* Kerr, Hosford и Shepardon (Endocrinology, t. 10, № 2) сообщают о своих наблюдениях над лечением старческой катаракт экстрактом из щитовидной железы. Основанием для такого лечения послужило наблюдение Керра, который в 1921 г. подметил, что у одной больной с катарактой, где производилось лечение микседемы вытяжкой из щитовидной железы, помутнение хрусталика исчезло. Авторы сообщают о 28 случаях старческих катаракт, пользовавшихся тиреоидином и находившихся под наблюдением 1—33 месяца. Ясное улучшение наблюдалось при таком лечении в 35,6%.

В. Адамюк.

122. *К лечению трахомы.* W. Meerhoff (Zeit. f. A., 1926, Bd. 59) провел 15 случаев лечения трахомы внутривенными вливаниями 4% раствора аммонийного супро-сульфида. После 1—2 инъекций больные обычно ощущали большее облегчение всех субъективных расстройств; а после 3—4 инъекций таковые исчезали совершенно. Ощущение постороннего тела, тяжесть век, воспаление глаз, весьма тягостная светобоязнь, слезотечение—поддаются этому лечению так, как никакому другому. Отек соединительной оболочки уменьшается уже после третьей инъекции, зерна заметно уменьшаются после 4—5 впрыскиваний, рrpupus просветляется день ото дня. Для достижения благоприятных результатов как со стороны век, так и со стороны роговицы, автор проделывал обыкновенно целый курс—до 25 инъекций, причем на каждое впрыскивание сначала брал 0.5—1.0 куб. с. раствора, а потом доходил до 2 куб. с.

Е. Волженский.

123. *Трепанация роговицы.* E. Seidler (Zeit. f. A., B. 59, H. 12) на основании своего опыта рекомендует применять при ulcus corneae serpens и других прогрессивных абсцессах роговицы трепанацию последней по S o n d e r m a n'у. Этот метод лечения имеет то преимущество пред расщеплением по S a e m i s c h'у, что при нем удается избежать выпадения радужки. Что касается техники трепанации, то автор придерживался способа самого S o n d e r m a n'a. После основательной анестезии (он применял 1% тутогана, вкапывал одну каплю адреналина $\frac{1}{1000}$) в центре абсцесса высверливался ручным трепаном 1-1.5 мм. в диаметре кусочек роговицы так, чтобы он удерживался с одной стороны на мостике; после этого кусочек захватывался ирис-пинцетом и отрезался V e s k e r'овскими ножницами. Обычно затем под сильным давлением вымывался гипопион, если же последний не выделялся, то автор извлекал его из передней камеры ирис-пинцетом через трепанационное отверстие; Впрочем и оставление его не влияло на ход лечения, так как он быстро рассасывался. В первое время автор соединял трепанацию с гальванокаустикой, в дальнейшем же стал ограничиваться одной трепанацией. После операции обильно вкапывался стерильный атропин, оперированный глаз покрывался S n e l l e n'овской повязкой, и больной укладывался в постель. Через несколько часов камера восстанавливалась, и перфорированное место закупоривалось фибриным сгустком. На следующий день повязка снималась, и применялось повторное впускание атропина, лучше in substantia, чтобы предотвратить ирит и оттянуть радужку из области трепанационного отверстия; хорошие услуги для этого оказывали также подконъюнктивальные инъекции адреналина $\frac{1}{100}$. Смотра по результатам бактериологического исследования гноя, автор применял также оптохин, цинк или препараты серебра. В ближайшие дни процесс обычно затихал, и содержимое абсцесса принимало особенный стекловидный характер. В среднем пациенты становились трудоспособными через 3 недели. Окончательный visus был довольно хороший: из 9 леченных этим способом больных у 3 visus был $\frac{6}{13}$, у 2— $\frac{8}{12}$, в остальных случаях—счет пальцев на 1—2 метра и в 1 случае—движение руки на 40 см.

Е. Волженский.