

412. *Лечение балантидиоза эметином.* М. Л. Риммерман (Ирк. Мед. Ж., 1926, № 1—2) в 2 случаях балантидиозной дизентерии получил очень хорошие результаты от лечения эметином, который вприскивался в дозе 0,022—0,044 1—2 раза в день. Для фиксации паразитов на мазках автор рекомендует обработку препарата парами формалина (5%).
В. С.

д) Хирургия.

413. *Лечение гнойного перитонита.* Вопрос этот был программным на происходившем в апреле тек. года 50-м Съезде Немецких Хирургов. Докладчик, проф. Kirschner (Zentr. f. Gyn., 1926, № 25), собрал более 10.000 случаев перитонита, наблюдавшихся в разных клиниках. Главный вывод его,—что каждый случай острого свободного перитонита, за исключением гонококкового и пневмококкового перитонита и перитонита у умирающих, должен быть немедленно оперируемым, причем, чем раньше произведена операция, тем лучше результат: тогда как операции, произведенные в первые 12 ч. после обнаружения заболевания, дают 24% смертности, при операциях, произведенных после 48 ч., процент этот повышается до 66. Чаще всего смертность наступает в день операции, что указывает на зависимость ее от шока. Поэтому оперативное вмешательство должно быть по возможности ограниченным. Разрез брюшной стенки следует проводить над предполагаемым очагом воспаления, в сомнительных же случаях—по средней линии, притом такой величины, чтобы он обеспечивал осмотр и доступ к очагу. Если источник нагноения можно легко удалить, то это должно быть сделано. Перитонитический экссудат и загрязняющие вещества, равномерно распределенные по всей брюшине, должны быть удаляемы путем промывания брюшины физиологическим раствором, при ограниченном распространении—выбираемы марлей. Промывания лекарственными растворами бесцельны и даже вредны; тоже надо сказать о механическом опорожнении кишек и первичном наложении кишечных фистул. Эвентрации больших участков кишек надо избегать. Всякие дренажи свободной брюшной полости недействительны и потому не должны быть применяемы; если, однако, в брюшине останутся ограниченные очаги инфекции,—надо применять дренаж, лучше мягкий. После операции надо заботиться о поднятии сил больного, тонуса сосудов и деятельности сердца (морфий, наперстянка, адреналин). Вводить жидкость (per rectum или внутривенно) надо в количестве не более 1—1½ литров в день. С рвотой надо бороться периодическими промываниями желудка или введением в него постоянного зонда. Усиление работы кишек достигается ректальным, парентеральным или оральным введением слабительных и применением тепла местно. В прениях по докладу Vogt отметил пользу от введения при послеоперационном перитоните солевого раствора (500,0) с тирофизином (3—5 ампул) в вену. Keysser указал, что для промывания брюшной полости надобно брать солевой раствор с определенной концентрацией Н-ионов, убивающей бактерий, применение же физиологического раствора, имеющего совершенно иную концентрацию ионов, приносит лишь вред. Löhг рекомендовал употреблять для промываний 0,3% раствор соляной кислоты, который ослабляет жизнедеятельность гемолитических стрептококков. По Seeligerу промывания растворами поваренной соли при солі-бациллярном перитоните не годятся, равно как и щелочные растворы, создающие благоприятную почву для солі-бацилл; здесь нужно, напротив, промывать брюшину кислотными растворами (растворы соляной кислоты 1/10—1/20). Kühn для борьбы с перитонитом советует вливать в брюшину 50—80% раствор сахара, который вызывает усиленную трансудацию, изолирует кишечные петли и растворяет фибрин.
В. Груздев.

414. *К диагностике хронического аппендицита.* Бухман (Гр. I Съезда Хирургов Сев.-Кавк. края) на материале около 2000 случаев проверил указание Moschowsk'ого, что при хроническом аппендиците наблюдается расширение правого зрачка, и получил следующие результаты, подтвержденные на операции: 1) расширение правого зрачка в спокойном состоянии наблюдалось в 88% случаев аппендицита; 2) в 6% случаев последнего имело место расширение левого зрачка, что автор называет обратной реакцией; 3) в известном проценте случаев в спокойном состоянии зрачков разницы в их диаметре не наблюдалось, но стоило проделать световую реакцию,—и расширение правого зрачка становилось ясным (эти случаи отнесены к 88% случаев расширения правого зрачка); 4) в остальных 6% случаев состояние зрачков не служило признаком аппендицита. Срок выравнивания зрачков после аппендэктомии в среднем равнялся 2—3 мес. Механизм