

412. *Лечение балантидиоза эметином.* М. Л. Риммерман (Шк. Мед. Ж., 1926, № 1—2) в 2 случаях балантидиозной дизентерии получил очень хорошие результаты от лечения эметином, который впрыскивался 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 кишок и первичном наложении кишечных фистул. Эвентрации больших участков кишок надо избегать. Всякие дренажи свободной брюшной полости недействительны и потому не должны быть применимы; 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 кишок 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 H-ионов, убивающей бактерий, применение же физиологического раствора, имеющего совершенно иную концентрацию ионов, приносит лишь вред. Lohr рекомендовал употреблять для промываний 0,3% раствор соляной кислоты, который ослабляет жизнедеятельность гемолитических стрептококков. По Seeligerу промывания растворами поваренной соли при coli-бациллярном перитоните не годятся, равно как и щелочные растворы, создающие благоприятную почву для coli-бацилл; здесь нужно, напротив, промывать брюшину кислыми растворами (растворы соляной кислоты 1/10—1/20). Kuhn 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 Moschkowsk'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

расширения зрачка автор объясняет раздражением п. sympathici в связи с хроническим раздражением отростка и симпатической сети его воспалительным процессом.

И. Цимхес.

415. *Эозинофилия крови при эхинококковых заболеваниях.* Шилтов (Гр. I Съезда Хир. Сев.-Кавк. края) для выяснения этого вопроса предпринял опыты на морских свинках, вводя в брюшную полость различные вещества, содержащиеся в эхинококковых пузырях, и, для контроля, 0,9% раствор NaCl, а затем исследуя кровь на эозинофилию каждые 2—3 часа в течение суток. Оказалось при этом, что солевой раствор эозинофилии не вызывал, не вызывали ее и янтарная кислота, а также белки; напротив, эфирно-спиртовая вытяжка из 1/2 куб. см. отцентрофугированных сколексов, будучи впрыснута в брюшную полость свинкам, вызвала у них эозинофилию до 19,5%. На основании этого автор делает следующее заключение: высота эозинофилии периферической крови при эхинококковых заболеваниях в значительной степени зависит от интенсивности процессов размножения в кисте, — чем интенсивнее эти процессы, т. е. чем выше жизнедеятельность паразита, тем более в жидкость его поступает веществ, раздражающих костный мозг и тем более бывает выражена эозинофилия периферической крови.

И. Цимхес.

416. *Диссеминация эхинококка в брюшной и тазовой полости.* И. И. Чижов (Гр. I Съезда Хир. Сев.-Кавк. края) для определения того, насчет каких элементов вскрывшегося эхинококкового пузыря происходит обсеменение, поставил опыты на кроликах и нашел, что вживать в брюшной полости и в полости таза могут все элементы, выпавшие из эхинококковой кисты, расти же и развиваться могут лишь те образования, которые несут в себе запас живого зародышевого слоя эхинококкового паразита.

И. Цимхес.

417. *Токсичность эхинококковой жидкости.* Для определения токсичности составных частей этой жидкости А. С. Бродский (Гр. I Съезда Хир. Сев.-Кавк. края) произвел ряд опытов на морских свинках, впрыскивая им в брюшную полость, в количестве 30 к. ст., растворов янтарной кислоты, фильтрованной эхинококковой жидкости, цельной жидкости и взвеси из плодового слоя эхинококка. Автор убедился при этом, что токсичность эхинококковой жидкости вообще незначительна и зависит от находящихся в жидкости производных плодового слоя паразита, причем наиболее токсичным является живой плодовой слой и его производные.

И. Цимхес.

418. *К серодиагностике эхинококковых заболеваний.* З. В. Ермалова. (Гр. I Съезда Хир. Сев.-Кавк. края), производя оценку различных серодиагностических способов эхинококкоза, выдвигает на первый план интрадермальную пробу, благодаря ее непосредственности и демонстративности. Реакция свывания комплемента, тщательно и точно поставленная, бесспорно является основой всех способов при диагностике эхинококка, но сложность ее заставляет отодвинуть ее на второй план. Преципитиновая реакция так же, как и мейостагминовая, не представляет никаких преимуществ.

И. Цимхес.

419. *О показаниях к периаптериальной симпатэктоми.* Савков (Zentr. f. Chir., 1926, № 8), на основании общих соображений и 8 собственных случаев, считает, что операция Lériché'a безопасна лишь тогда, когда не сильно выражена дегенерация сосудистых стенок. Безусловно показана операция при таких заболеваниях, где ясно выражен спазм сосудистых стенок, как, напр., болезнь Raynaud, спрингомиелия и др., а также при каузальгии, всех вазотрофических нарушениях, наконец, трофических, особенно долго не заживающих язвах голени.

М. Фридланд.

#### е) Офтальмология.

420. *Глаукома в Сибири.* Обработав соответствующий материал Томской глазной клиники, всего 1233 с., П. И. Таратин (Сиб. Арх. Теор. и Кл. Мед., 1926, май—июнь) убедился, что наибольшее количество глаукоматозных больных встречается в возрасте 55—65 л., хотя и у лиц моложе 30 л. болезнь эта не составляет редкости (1 1/2%). Татары заболевают глаукомой несколько чаще, чем русские. Наиболее частая форма глаукомы—хроническая, далее идут абсолютная, простая и, наконец, острая. Односторонняя глаукома встречается почти так же часто, как и двусторонняя. Слепота наблюдается более, чем у 1/3 глаукоматозных больных. В. С.