вично кишечную фистулу. Дренаж свободной брюшной полости К. считает недейс
тивным и потому вещицм. Если очаг инфекции удалось выключить, брюш
ная полость заполняется наглухо; если же этого сделать не удалось, то дрени
руется только местный очаг инфекции, который отграничивается тампоном от
остальной брюшной полости. При последующем лечении главное внимание обращ
яется на поддержание тонуса сосудов и капилляров и деятельности сердца, для
чего может служить введение жидкости рег хесим и при помощи дыхательных ка
пельных нитраемых вливаний. При рвоте хорошие успехи оказывают периоди
ческие промывания желудка или "сухое содержание желудка" при помощи по
стоянного зонда и аспирации. Действительность кишечника поддерживается слабитель
ными и местным применением тутела. При продолжаемом паразитарном кишечнике выступают на сцену множественные пункты кишечника и антестомия. Доказа
чик совершенно отрицает вливания в брюшную полость эфира, особенно распро
страненные у гинекологов, и обращает внимание на то, что при вливании 100—
500 куб. ст. эфира смертельная доза его превосходит от 5 до 25 раз и, если
не наступает смерти, то только потому, что значительная часть эфира успевает
испариться. Докладчик думает, однако, что часть смертных случаев может быть
отнесена за счет отравления эфиром. Дренирование свободной брюшной полости
путем влагалищного дренажа заднего дугласа кармана К. совершенно отвергает.
— К e y s s e r написал, что при известной концентрации водородных ионов бактерий убивают в физиологическом растворе соли. Такие дезинфицирующие средства, как риванол, трифуран в, флавицид, обладают известным порядком 90% при ктоморфium их значительного усиливается. Физиологический раствор соли с
таким Ри, которое наиболее губительно для бактерий, К. называет Этанозил
раствором и считает его весьма пригодным при лечении гнойных перитонитов.
— I. Sh h u f e r покажет, что streptococcus lacticus в желудке безвремен, и что вирогенные
стрептококки из полости рта в желудочном соке быстро теряют свою вирулент
ность. Он думает, что главное значение здесь имеет соляная кислота, т. е. опыты
на животных с искусственно вызванным перитонитом показали, что орошение с
0,3% раствором соляной кислоты благотворно действует на инфекцию.— По дан
ным S c h ü b e r t (Zentr. f Chirurg., 1926, № 45) в клинике E i s e l s b e r g a
при лечении диффузных перфорационных перитонитов пользуются орошением
раствором перекиси и соляной кислоты по рецепту: acid. murat. dil.—4,5, aq.
dest.—15000, pepsi K a t h e (c переваривающей силой 1:3000)—1,0. При таком
лечении клиника получила 12,8% смертности против 34,8% проведенных без
орошения.— При лечении послеоперационного шока О г а т о г применяет внутренне
вые вливания 60—150 куб. с. 30% раствора виноградного сахара плюс 40—100
едиции инсулина.— V o c s т. сообщает, что при лечении послеоперационных перитонитов в Тюбингенской клинике приложены итравоевые вливания 500 куб.
раствора со с 3—5 ампулами гипофизина, и указал на крайне благоприятное
действие таких вливаний на кишечник, сердце и общее состояние больных. При
этому методе лечения получено 22,2% выздоровлений в то время, как по K i s c h
е пог смертность от послеоперационных перитонитов равна 10%r.

A. Гимборов."