

кипящего 1—2% раствора соды, автор считает применение в качестве стандартного объекта садовой земли, являющейся самым неподходящим материалом для этой цели; содержащиеся в ней „нативные“ споры более стойки по сравнению со спорами, полученными из соответствующих культур, так как комочки земли являются для них хорошей механической защитой. Пользуясь особой методикой, а. установил, что в громадном большинстве случаев споры в 2% растворе соды гибнут в течение 20—30 мин., считая с момента начала кипения. На этом основании он считает, что стерилизация инструментов кипячением в содовом растворе является безусловно надежным и заслуживающим дальнейшего применения способом и высказывается против применения для этой цели сложных и дорогих аппаратов, работающих под повышенным давлением. Стерилизующая способность кипящего раствора соды может быть значительно усилена прибавлением к нему 0,2% раствора формалина (2 см³ на литр раствора соды), что сильно сокращает время стерилизации (до 5—10 мин.).

Б. Иванов.

Borchers E. *Подготовка операционного поля формалином* (Zbl. Chir. 1935, 2114—2118). При подготовке операционного поля настоек йода по Гроссиху очень часто наблюдается дерматит, сопровождающийся иногда сильным шелушением эпидермиса; часто встречается также выделение из канала швов. В качестве замены йода, автор предлагает 5 и 10% спиртовой раствор формалина (Formalin 5,0 (10,0), Eosin 0,05 Alcohol 96% ad 100,0), которым он пользуется для подготовки операционного поля уже в течение 9 лет. В работе приводятся результаты тщательных бактериологических исследований, показывающие, что формалин по своему действию на бактерии кожи безусловно превосходит йод: изменений со стороны кожи (дерматит, некрозы) при правильном применении средства почти никогда не наблюдалось; выделение из каналов швов отмечено лишь в очень незначительном числе случаев. Общеизвестное нежелательное действие формалина на слизистую оболочку носа и конъюнктивы вряд ли имеет место, так как вместе с алкоголем он очень быстро испаряется.

Б. Иванов.

Woolmer R. F. and Taulor S. *Судороги при эфирном наркозе* (The Lancet May, 1936, № 5879, p. 1005—1007). Судороги при эфирном наркозе, появляющиеся в глубокой стадии его, наблюдаются редко. Это осложнение дает до 50% смертности. У автора 4 наблюдения. Первые судороги появляются в веках, затем переходят на лицо и заканчиваются общими судорогами. Остановка дыхания и сердца может наступить уже через 5—10 судорог. Эфирные поздние судороги надо отличать от эфирного клонуса, появляющегося в ранние стадии наркоза. Клинические судороги начинаются с конечностей, могут быть очень сильными и прекращаются после углубления наркоза. Этиологическими моментами поздних судорог считаются—нечистота эфира, идиосинкразия, сдавление яремной вены, перенасыщение углекислотой, передозировка атропина, сепсис, переснабжение кислородом. Авторы считают основной причиной судорог во время эфирного наркоза—нарушение терморегулирующего механизма. В качестве профилактики авторы предлагают уменьшать до минимума дозу атропина в детском и юношеском возрасте, особенно в жаркую погоду. Наркотизатор должен постоянно следить за веками или ртом. С лечебной целью применяются углекислота и кислород, в случае отсутствия эффекта в течение 1 минуты делается внутривенная инъекция эвипана, холод на туловище и лицо. Как сердечное применяют адреналин и корамин, при остановке дыхания—искусственное дыхание, в случае необходимости—интубация.

В. С. Мамт.

Breitbart M. и Herbst R. *Клиническое значение острой послеоперационной недостаточности надпочечников* (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 247, H. 1/2 1936, S. 123—137). Аа. наблюдали 6 случаев острой послеоперационной недостаточности надпочечников после холецистэктомии, грыжесечения, пробной лапаротомии, травмы и метастазирования рака. Все больные погибли при явлениях тяжелой недостаточности кровообращения вскоре после вмешательства. Вскрытие показало, что причиной поражения надпочечников в случаях авторов являлись туберкулез, травматическое повреждение с кровоизлиянием, метастаз. Обычно у таких больных находят изменения надпочечников чаще всего туберкулезного характера, затем кровоизлияния, отсутствие другого надпочечника, аномальное положение, сморщивание, возрастную атрофию, сифлис, опухоли. Прижизненный диагноз острой недостаточности надпочечников после тяжелых