

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

оперативных вмешательств почти невозможен. Всякое резкое и тяжелое нарушение кровообращения после легких оперативных вмешательств должно наводить на мысль об острой недостаточности надпочечников. Адреналиновая терапия не приводит к цели, авторы возлагают надежду на вещество, выделенное из коры надпочечника (cortin).

В. С. Мамт.

Kraszewski W. и Lindenfeld Z. *Влияние женского молока на свертывание крови* (Klin Wschr., 1935, 863—864). Венозная кровь в задерживающем ее свертывании сосуде свертывается приблизительно через 15 минут, тогда как при прибавлении женского молока свертывание наступает уже спустя 45 секунд. Быстрота свертывания зависит от количества молока, но даже одна капля 64-кратного разведения его на 1 см³ крови оказывает ясное свертывающее действие. Теми же свойствами женское молоко обладает и в отношении крови кроликов, собак, морских свинок и гусей; менее действительно козье молоко и colostrum людей. При нагревании молока до 100° указанные свойства его частично утрачиваются. Несмотря на наличие индивидуальных колебаний, женское молоко значительно превосходит все имеющиеся в настоящее время кровоостанавливающие средства (коагулен, клогиден). Некоторые наблюдения в этом отношении уже имеются в оториноларингологии, а также при тампонаде сильно кровоточащего ложа предстательной железы; испытание продолжается.

Б. Иванов.

Rehn. *Биологические моменты в послеоперационных осложнениях* (Fortchr. Ther. I, 1936). Послеоперационные осложнения могут зависеть от определенных изменений организма, как патологического, так и конституционального характера. Причину „опасности хирургического вмешательства“ следует искать в лабильности органов кровообращения: управляющим симптомом является уменьшение щелочного раствора. Лабильность органов кровообращения обычно бывает скрытой; по мнению автора, сущность послеоперационного расстройства кровообращения состоит в уменьшении количества циркулирующей крови и в понижении способности ее к связыванию углекислоты. Борьб с этим расстройством обычными средствами трудно; автор проводит пред- и послеоперационное лечение тиреотропным гормоном, но так как последний вызывает обеднение печени гликогеном, необходимо одновременное назначение витамина А. Перед началом лечения следует произвести определение основного обмена, так как гормонотерапия ведет к повышению его, а вместе с тем и к уменьшению количества циркулирующей крови. Вводят 4 раза по 600 МЕ, причем, по наблюдениям автора, тиреотропный гормон дает очень хороший клинический эффект и ведет к повышению всех жизненных процессов. Указанный гормон вводится и в послеоперационном периоде, во избежание поздних послеоперационных осложнений (тромбоэмболия); при этом, в зависимости от случая, каждый второй день вводится 100—200 МЕ в течение 8—14 дней. Наконец, тиреотропный гормон применялся автором и при злокачественных опухолях, что, по его наблюдениям, уменьшает опасность развития метастазов.

Б. Иванов.

Zange J. *Остановка кровотечений, особенно носовых, кровопусканием* (Med. Welt, 1935, 1458—1459). Автор путем многочисленных наблюдений установил пользу кровопусканий при носовых кровотечениях вследствие гипертонии и артериосклероза. Сущность происходящих при этом процессов, повидимому, не так проста, как это кажется на первый взгляд; во всяком случае наиболее существенными факторами являются при этом падение кровяного давления и рефлекторный спазм сосудов. Кроме выпускания 100—500 см³ (самое большое) крови назначают еще диуретин или кальций-диуретин (3 раза в день по 0,5 в течение 10—14 дней), а при артериосклерозе—и небольшие дозы иода. Носовые ходы тампонируются узкой полоской марли, смазанной мазью (Ac borici 2,5, Adip. Ianae 18,0, paraffini liq. ad 25,0). Необходима предварительная анестезия кокаином или пикаином, дающая возможность отыскать кровоточащий участок. Марлевый тампон оставляется, по возможности, на несколько дней, так как в этом случае его можно удалить, не вызывая нового кровотечения. При кровотечении из задних стенок носовой полости, автор рекомендует применение раздуваемой резиновой трубки Krampitz'a, а также и направление в специальное лечебное учреждение. При носовых кровотечениях другой этиологии, напр., при геморрагическом диатезе, кровопускание остается безрезультатным.

Б. Иванов