

Недолго, однако, суждено было ему работать в этих новых условиях созданной им клиники.

Осенью того же года его здоровье сильно пошатнулось, и он вынужден был передать заведование кафедрой и клиникой проф. А. Г. Агабабову.

Умер Емилиан Валентинович 5 сентября 1906 г. Имя его заслуженно занимает одно из первых мест в истории отечественной медицины среди наиболее выдающихся ученых второй половины XIX столетия.

Поступила 20 апреля 1959 г.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ, НОВАЯ АППАРАТУРА, ИНСТРУМЕНТЫ, МЕТОДЫ ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КРАСИТЕЛЕЙ В МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКЕ

Проф. Г. И. Забусов и проф. А. П. Маслов

Из кафедры гистологии (и. о. зав. — проф. Г. И. Забусов) Казанского медицинского института

Применяемые теперь методы окраски микроскопических препаратов были введены в практику несколько десятилетий назад и не подвергались каким-либо существенным изменениям. Между тем, эти методы обладают рядом недостатков, значительно снижающих их ценность. Так, наиболее широко применяемый метод окраски препаратов гематоксилином — эозином, хотя и отличается простотой, но дает мало контрастные картины, к тому же окраска не стойка, ибо эозин постепенно выцветает. Другой широко распространенный, особенно в патологической анатомии, метод Ван-Гизона дает многокрасочные картины, но проведение окраски не отличается простотой, препараты весьма не стойки, ибо фуксин выцветает быстрее эозина, и окрашенные таким способом препараты быстро портятся. Кроме того, в приведенных выше красках используется дорогостоящий дефицитный импортный краситель — гематоксин.

Между тем, нашей химической промышленностью выпускается большой ассортимент синтетических красителей ярких и чистых тонов, прочных и простых в употреблении.

Нами были разработаны методы окраски микроскопических препаратов с помощью следующих четырех красителей: 1) кислотный ализариновый красный, 2) кислотный антрахиноновый синий, 3) кислотный антрахиноновый зеленый, 4) кислотный антрахиноновый фиолетовый.

$\frac{1}{2}\%$ растворы каждого из этих красителей на 5% растворе хлористого алюминия являются прекрасными ядерными красками, быстро, избирательно и отчетливо окрашивающими ядерные структуры в течение 10—15 мин. Используя комбинацию этих растворов с последующей подкраской в $\frac{1}{2}\%$ водных растворах тех же красителей, в течение 1—5 мин можно получить многокрасочные картины, где различные тканевые структуры окрашиваются по-разному и, благодаря этому, выступают весьма элективно. Учитывая доступность красителей, простоту их применения, контрастность получаемых картин и высокую прочность окраски, считаем возможным рекомендовать разработанные нами способы для замены красок, в которых используются дефицитные импортные или нестойкие красители.

Поступила 18 марта 1959 г.

СПОСОБ ЗАТОЧКИ КОСТНЫХ ШИПЦОВ ТИПА ЛЮЭРА, БОРХАРДА, КОСТНЫХ ЛОЖЕЧЕК ФОЛЬКМАНА¹

Главный хирург Куйбышевской области Р. Б. Ахмедзянов

Костные шипцы типа Люэра, Борхардта, острые костные ложечки, кюретки и подобные им инструменты, почти как правило, списывают как негодные только потому, что обычными способами их невозможно точить. Перечисленные выше инструменты, по нашим подсчетам, составляют 4—5% среди списываемых.

¹ Доложено на 253 заседании Куйбышевского областного хирургического общества имени В. И. Разумовского 25 декабря 1957 г.

В качестве обмена опытом мы решили сообщить о способе, которым успешно пользуемся в течение ряда лет для заточки сложных острых частей инструментов.

В патрон рукава обычной зубоврачебной бор-машины заряжается маленький абразивный (наждачный) круг, применяемый для стачивания зубов при подготовке их к протезированию. Этот вращающийся круг вводится в лункообразное углубление рабочей части инструмента, и края стачиваются со стороны их внутренней поверхности, причем вращающийся наждачный круг передвигается от центра лунки к периферии.

Целесообразно одевать обычную бинокулярную лупу, дающую возможность прозирать заточку рабочей части инструмента с большей аккуратностью и предохранять глаза от наждачной пыли. Данный способ удобен тем, что он прост и доступен широкой массе хирургов в условиях любой больницы.

Поступила 11 февраля 1959 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

Э. А. Терегулов

Из 2-го больнично-поликлинического объединения г. Бугульмы
(главврач — А. П. Щекотоло)

Наибольшее распространение для измерения давления спинномозговой жидкости получили водяные манометры в виде стеклянной трубки. Но при пользовании таким манометром теряется до 2—3 мл, а часто и большее количество ликвора. Это существенно отражается на точности измерения. Аппарат для измерения венозного давления градуирован до 400 мм водного столба, что позволяет использовать его и для измерения давления спинномозговой жидкости.

Соединительная трубка от канюли иглы до нуля манометра аппарата заполнена стерильным физиологическим раствором; таким образом, спинномозговая жидкость давит на водяной столб и поднимает его на определенную высоту. Такое устройство аппарата сводит потерю ликвора к 0,3—0,6 мл. Аппарат соединяется с иглой при помощи второго (имеющегося в аппарате) трехходового крана.

Аппарат ставится на табурете перед спиной больного, лежащего в положении на боку. С помощью нивелира устанавливают нуль шкалы на одном уровне с остистыми отростками позвонков. Столб жидкости устанавливают на 0. Трехходовый кран головным концом вставляется в канюлю иглы, а через задний его конец вводится мандрен до острия иглы. Такой иглой делается прокол. Как только игла окажется в спинномозговом канале, мандрен удаляется, а кран перекрывается путем поворота ручки крана на 45°. Присоединением канюлю с трубкой от манометра к заднему концу трехходового крана, и поворотом ручек крана иглы и манометра измеряем давление ликвора. Новым поворотом ручки крана иглы в противоположную сторону выпускаем ликвор в пробирку. Для измерения конечного давления трубка манометра отсоединяется от иглы, столб жидкости устанавливается на 0, и вновь в той же последовательности проводят измерение.

В остальном техника работы с аппаратом соответствует руководству к его использованию. Аппарат удобен еще и тем, что имеет металлический футляр, который служит одновременно и стерилизатором.

Поступила 8 июня 1958 г.

НОЖ ДЛЯ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ БРОНХА¹

Доц В. И. Кукош

Из клиники госпитальной хирургии (зав.— проф. Б. А. Королев) Горьковского
медицинского института им. С. М. Кирова

При пересечении бронха обычным скальпелем хирург нередко испытывает неудобства из-за необходимости манипулировать в глубине плевральной полости. При этом наблюдаются излишняя травматизация бронха и неравномерное сокращение его стенок. Скальпель пересекает стенки бронха на одном уровне, при этом задняя перепончатая стенка без хрящевых колец становится несколько короче передней. Нерав-

¹ Доложено на заседании Горьковского научного общества хирургов 12/V 1958 г.
Авторское свидетельство № 10 351 от 4 июля 1958 г.