

имеет систематическое лечение таких больных аспирацией желудочного содержимого в день операции и в последующие дни. А. совершенно отказался от введения гипертонических растворов NaCl, которые он считает не только совершенно бесполезными, но даже вредными и с успехом применяет вместо них упомянутую выше аспирацию желудочного содержимого. Б. Иванов.

Rohl H. 1000 случаев спинномозговой анестезии перкаином. (Chirurg. 1936, 9. 362—364).

В результате проведения в течение последних двух лет 1000 случаев спинномозговой анестезии раствором перкаина 1:1500, а. приходит к выводу, что этот вид анестезии дает хорошее, длительное обезболивание при полном расслаблении брюшных стенок и является идеальным при вмешательствах ниже пупка и в большинстве урологических операций; здесь достаточно введения 11—12 см³ раствора. При операциях в верхней половине живота, где для получения хорошего обезболивания необходимо 13—14 см³, этот вид анестезии не безопасен; поэтому а. в этих случаях рекомендует пользоваться меньшими количествами раствора, добавляя в случае необходимости местную анестезию или общий наркоз.

Спинномозговая анестезия перкаином противопоказана при заболевании сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, а также при желтухе, тяжелых интоксикациях, анемиях и тяжелом перитоните. Б. Иванов.

Wiessmann A. Цибальгин для подготовки к спинномозговой анестезии. (Zbl. Gyn 1933, 15. 881—883)

Исходя из сообщения Прейссекара об отказе Венской гинекологической клиники от применения для подготовки к спинномозговой анестезии опасных и дающих нежелательные осложнения морфия и скополамина и об успешной замене их цибальгином, а. испробовал этот способ при 400 операциях с хорошим результатом. Первое внутримышечное впрыскивание 1,0 цибальгина вместе с 1,0 смипатоля делается за 1½—2 часа до операции; за ½ часа до начала последней вводится еще 1,0 цибальгина. Крепким и особенно чувствительным женщинам назначают сначала 2,0, а затем незадолго до операции еще 1,0 цибальгина. Никаких осложнений при этом способе а. не наблюдал.

У пожилых и ослабленных женщин, которые безусловно должны быть оперированы по роду своего заболевания, достаточно однократного введения 0,75 см³ цибальгина за ½ часа до спинномозговой анестезии. Б. Иванов.

Nille W. Ректидон в ортопедии. (Med. Klin. 1936, 35, 1188).

На основании результатов собственных наблюдений за последние два года, а. приходит к выводу, что при небольших кратковременных вмешательствах у детей ректидон, при правильной его дозировке, дает хороший, глубокий сон; применение средства просто и совершенно безопасно. При более крупных операциях можно, кроме ректидона, воспользоваться и общим наркозом; при этом период возбуждения совершенно отсутствует.

А. ни разу не наблюдал каких-либо осложнений или последовательных заболеваний; дети просыпаются в среднем через 1—2 часа; сколько-нибудь резких последующих болей большей частью не отмечается. Б. Иванов.

Bunne. Лечение послеоперационного паралича кишок (Pneus paralyticus) (Zbl. f. Chir. № 19, 1936).

Наилучшим лечебным средством при послеоперационном параличе кишок оказалась высокая люмбальная анестезия, но при условии, если действительно имеется паралитический илеус и если с момента операции прошло