

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

не больше 3—4 дней. Автор рекомендует ставить себя за правило: раньше, чем приступить к энтеростомии, испытать высокую люмбальную анестезию.

Э. Леви (Ленинград).

M. Kirschner. *Обезболивание на фронтах*. Chirurg H. 8, 1936).

В лечучреждениях вблизи передовых позиций самым лучшим средством для наркотизации надо считать хлороформ, благодаря легкой его транспортировке, его огнебезопасности и быстрому наступлению наркоза. В военных лазаретах вдали от фронтовой линии, где имеются уже более спокойные условия для операций, предпочтение нужно давать Eural'u внутривенно, местной анестезии, эфиру и люмбальной анестезии.

При послеоперационных болях наиболее пригодны Scopolamin—Eukodal—Ephetonin.

Э. Леви (Ленинград).

M. Kirschner. *Музыка и операция*. (Der Chirurg. H. 11, 12, 1936).

К операционному столу прикрепляется наушник с комбинированным радио-граммофонным аппаратом, передающим оперируемому музыкальные произведения, доклады, сообщения и т. д. Таким образом звуки не доходят до оператора и ассистентов и не мешают им работать. Выбор подаваемых вещей (музыкальных и др.) должен быть сделан, конечно, весьма тщательно и обдуманно. Это нововведение, применяемое впервые в операционном зале Гейдельбергской хирург. клиники, является для больного как бы психическим наркотизатором.

Э. Леви (Ленинград).

Gudin M. *Кажущаяся асептика и полная стерилизация*. (Presse med. 1936, I, 355—359).

А. указывает, что источником раневой инфекции при стерилизованном материале является не кожа, а окружающий воздух. Поэтому, после операций наблюдаются не асептические, а септические раны, что сказывается покраснением, припухлостью и водянисто-гнойным отделением.

Вследствие этого так часто встречаются нагноения после операций на костях, так легко нагнаиваются послеоперационные гематомы и так опасно оставление в ране инородных тел в форме материала для швов и лигатур и пластинок; поэтому очень часто применяют кетгут, стерилизация которого, однако, не может быть проведена достаточно надежно.

Обусловленное нагноением раны развитие послеоперационных грыж вызывает необходимость новых операций или ношения бандажей. Исходя из этого, а. подчеркивает необходимость производства операций в стерильном помещении. Воздух герметически закрытой операционной нагнетается электрическими насосами, обеззараживается формалином, проводится через аммиак и затем через сосуд с растворенной в стерильной воде виннокаменной кислотой и таким образом делается пригодным для дыхания. Материал для операции обеззараживается химическим путем посредством газа. Помещение для разведения больного, ванная, помещение для наркоза и операционная находятся рядом. Полученные при этом результаты весьма благоприятны; полная стерилизация является новым достижением хирургии.

Б. Иванов.

Kokoris D. *К вопросу об остановке кровотечения влажными шариками* (Zbl. Chir. 1936, 15, 872—874).

Указывая на возможность значительного сокращения в некоторых случаях числа лигатур, накладываемых на кровоточащие сосуды, а. отмечает, что за