

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 Н. 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 Eupral'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. Н. 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

исключением сосудов крупного калибра кровотечение из остальных останавливается обычно самостоятельно вследствие сокращения сосудистой стенки. Для остановки кровотечения в операционной ране а. рекомендует пользоваться не сухими, как обычно, а смоченными в физиологическом растворе и тщательно выжатыми марлевыми шариками, прикладываемыми к кровоточащему месту без всякого давления; при этом кровотечение останавливается значительно быстрее и с меньшей травматизацией тканей, чем при надавливании сухими шариками.

Применение таких влажных шариков дает отличные результаты и при открытых, сильно кровоточащих ранах (травмы, оперированные флегмоны, карбункулы), где давящая повязка, затрудняющая отток венозной крови и вызывающая застой, зачастую не дает никакого эффекта. В результате применения влажных шариков в качестве тампонов на рану, удерживаемых умеренно давящей повязкой, кровотечение легко останавливается.

Б. Иванов.

Kneucker A. *Применение трихлоруксусной кислоты при послеоперационных свищах в урологии.* (Med. Klin. 1936, 37, 125.)

Для лечения долго незаживающих свищей мочевого пузыря а. рекомендует применение трихлоруксусной кислоты; он отмечает, что уже после однократного прижигания наблюдается образование хороших грануляций, закрывающих просвет свища, а в дальнейшем—заживление последнего. Техника следующая: трихлоруксусная кислота растворяется в глицерине (аа), этим раствором пропитывается вата, накрученная на Плейфферовский зонд или тонкую деревянную палочку и, по возможности, глубоко вводится в свищевой ход; при этом немедленно же образуется беловатосерый струп. Одновременно желательно обеспечить покой мочевого пузыря введением катетера à demeure. Спустя 1—2 дня образовавшиеся грануляции суживают свищевой ход; тем не менее через этот срок желательно повторить прижигание.

А. указывает, что при применении для лечения свищей азотнокислого серебра на следующий день после прижигания отходит омертвевшая ткань, благодаря чему просвет свищевого хода еще больше увеличивается; этого не бывает при пользовании трихлоруксусной кислотой, почему он горячо рекомендует данный способ.

Б. Иванов.

б) Туберкулез.

Braeuning и Neisen. *Прогноз открытого туберкулеза, техника установления прогноза и рентабельность методов лечения* (Z. tbk. В. 75, Н. 5—6, 1936).

Из поступивших под наблюдение в 1920/21 гг. 607 больных погибло в течение первого года наблюдения 37%, через 2 года—55%, в течение 5 лет—72%, а к концу 10 лет—77%.

После первых 7 лет в среднем ежегодно умирает 3—4% из оставшихся в живых. Считая, что в прогнозе играют важную роль следующие факторы: 1) наличие ВК, 2) одно или двусторонность заболевания, 3) распространение процесса на каждой стороне, 4) наличие каверн, аа. разработали материал 746 бацилл. больных, поступивших под наблюдение с 1.1.27 по 31.XII.29 г., в указанном разрезе. Оказалось, что при односторонних заболеваниях второй стадии без каверн через 4 г. умерло 12%, с каверной—35%; при двусторонних процессах второй стадии через этот срок соответственно умерло 14 и 42%. Большую роль в прогнозе играет протяженность