

сылки, что санитарный врач должен быть организатором санитарно-гигиенических и противо-эпидемических мероприятий в своем районе, он, без сомнения, должен быть освобожден от мелочных заданий по постоянному осмотру дворов, площадей и т. д. Санитарная организация должна взять на себя инициативу и должна поставить перед широкими трудящимися массами вопросы общественной санитарии и гигиены совместно с секциями здравоохранения и коммунальными Горсовета. Мы подразумеваем не только санпросветработу в этом направлении, но, в первую очередь, работу по организации населения и использовании коллективной инициативы широких масс в строительстве и осуществлении широких санитарно-гигиенических мероприятий, имеющих общественное значение.

Размер статьи не позволяет нам хотя бы вкратце остановиться на других вопросах не менее актуальных и первоочередных, чем вышеизложенные. Рассчитывая на широкий отклик врачебных кругов, которые пополнили и изложат более подробно те вопросы, которые не были нами освещены, мы считаем возможным резюмировать положение вопроса так: 1) весь комплекс вопросов, выдвигаемых санврачами, заслуживает самого серьезного внимания не только санврачей, но и врачей-лечебников и других специальностей, 2) органы здравоохранения и санитарно-профилактические отделы должны взять на себя инициативу и постоянно будировать внимание всей советской общественности к этим вопросам и вовлекать их в организационное строительство санитарных мероприятий, 3) очередной задачей санорганизации на местах должно быть привлечение внимания коллективов трудящихся к проведению и строительству санитарно-гигиенических мероприятий, имеющих общественное значение.

Литература: 1) Гигиена и эпидемиология, 1923, № 1.—2) Ibid., 1928, № 7.—3) Вопросы здравоохранения. 1928, № 22.—4) Ibid.—5) Ibid., 1929, № 2.—6) Ibid., 7) Ibid., 1928, № 15.

Новые способы общего наркоза.

(Заграничные впечатления о посещении хирургических клиник Австрии, Германии и Италии в 1928 году).

Л. Г. Фишман.

В 1927/28 году я, совместно с д-ром Рыжиком, работал по вопросу о влиянии общего наркоза на функцию печени. Желая ознакомиться с новыми видами общего наркоза, а также с распространением применения того или иного вида обезболивания, я в начале мая текущего года испросил командировку сроком на 4 месяца в Германию, Австрию и Италию.

В Берлине я посетил как университетские хирургические клиники (проф. Bier'a и проф. Sauerbruch'a), так и большие хирургические отделения городских больниц (главным образом профессоров Nordmann'a, Meier'a и Gorbana'a).

С переходом проф. Sauerbruch'a в Берлин, центр хирургической работы сосредоточен в Шарите. За один год работы проф. Sauerbruch произвел огромные перемены, и в настоящее время новая операционная Шарите является лучшей операционной Берлина. Работа клиники распределена таким образом, что с утра, с 8-ми часов, идут операции, причем сам профессор Sauerbruch оперирует до 11 часов, а затем 4 раза в неделю—часовая лекция. В 4 часа вечера—обход и первая перевязка оперированных больных. Во время операций проф. Sauerbruch'a обращает на себя внимание большое количество участников, причем на некоторых больших операциях (опухоль основания черепа, удаление придатка мозга) число это достигает 10—11 человек. Большинство операций клиника проводит под общим эфирным наркозом (капельный способ). В последнее время в клинике снова появился авертин, хотя совсем недавно проф. Sauerbruch выступал против этого наркоза и на 51 Германском Конгрессе демонстрировал 3 случая гангрены толстых кишок с летальным исходом. Местная анестезия применяется в клинике только при некоторых операциях (большинство операций на легком и некоторые зубы). Местная анестезия производится 1/2% раствором новокаина, в виде проводниковой анестезии. В тех случаях, когда операция производится под повышенным давлением, пользуются аппаратом Roth-Dreger'a

с эфиром. Клиника имеет огромный материал, а легочные операции Sauerbruch'a привлекают больных и врачей всего мира.

При операциях на черепе пользуются ручными дуэновскими фрезами и отверстия соединяют пилот Gigli, и это не взирая на имеющийся в клинике аппарат de Martel'a! В случае удаления придатка мозга Sauerbruch избрал носовой доступ, но разрез делал справа от корня носа, длиной всего $3\frac{1}{2}$ —4 сантиметра. Операционная полость шла воронкой, расширяясь в глубину, гипофиз на глубине 7 сантиметров от поверхности разреза был трудно доступен. Операция под авертиновым наркозом. Sauerbruch отметил после операции, что авертин особенно удобен именно там, где наркотизатор мешает оператору, т. е. при операциях на голове и шее. На шее я видел у Sauerbruch'a много операций по поводу зоба; он делает их типичным кохеровским способом с перевязкой всех 4 щитовидных артерий и почти всегда оставляет небольшой дренаж. Иногда эти операции он производит под местной анестезией. В случаях френикотомии разрез делает по наружному краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, несколько глубже указанной мышцы на m. scalenus ant. и быстро находит n. phrenicus. Особенно многочисленны в клинике операции на легких, техника которых разработана до мельчайших деталей. Проф. Sauerbruch совместно с ассистентом проф. Frey'em предложил специальный инструментарий, который значительно облегчает операционную технику (гильотина и большие щипцы для концов ребер; особые щипцы и распатор для первого ребра). Торакопластика и пломба легкого идут под местной проводниковой анестезией. Операцию торакопластики у ослабленных больных делают в два момента. Разрез по внутреннему краю лопатки дугообразно книзу. Ребра обнажаются дуэновским распатором, выстригаются куски в 6—7 сантиметров гильотиной и концы откусываются щипцами. На удаление всех 10—11 ребер уходит 5—6 минут. При пломбе легкого в огромном большинстве случаев дело идет о резекции 3-го ребра и заполнение полости каверны plombой в 300—350 грамм, не повреждая плевры. Особо следует отметить, что края раны сближаются резиновой лентой, края которой пришиты к липкому пластырю. Мне пришлось видеть также и различные опухоли легкого, которые все оперировались под общим наркозом при помощи аппарата Roth-Dreger'a (эфир). В случаях абсцесса легкого после опорожнения гноя следовало сильное прижигание стенок полости большим пакленом. Посещая вечерами клинику в значительный период времени, я имел возможность наблюдать много послеоперационных легочных больных и нужно сказать, что послеоперационное течение их очень тяжелое; первая перевязка на 2—3 день, когда удаляют половину дренажной трубки, больные находятся в сидячем положении и температурят в течение долгого времени.

На брюшной полости я видел самые разнообразные операции. В случаях резекции желудка, где это возможно, применяют способ Бильрот I или Бильрот II и способ Бальфура. Когда желудок не удается вывести, прибегают к желудочно-кишечному соустью. На серозу кладут узловатый шов, просвет вскрывают пакленом и закрывают непрерывным швом. Материалом для швов служит исключительно кетгут. Следует еще отметить, что все салфетки, которые приходят в соприкосновение с кишечником, подаются из горячего физиологического раствора. Операции под общим эфирным наркозом. После зашивания вокруг раны—мастизоль для удержания небольшой повязки.

После операций на печени и желчных путях в рану вставляют шелковый дренаж, в виде полой трубки. Кроме полостных операций Sauerbruch показывает студентам и различные операции на конечностях. Чтобы составить себе представление об оперативной деятельности клиники, я позволю себе остановиться на посещении клиники 24 июля совместно с группой американских профессоров, для которых Медицинским факультетом Берлинского университета были устроены специальные операционные дни и лекции в течение недели. Проф. Sauerbruch в указанный день сделал: 1) торакопластику, 2) опухоль легкого, 3) холецистэктомия и 4) гастроэнтеростомия с брауновским анастомозом. Все операции продолжались 1 час 35 минут и все присутствовавшие были восхищены отчетливостью работы всех участников операций. После этих операций была лекция-демонстрация и проф. Sauerbruch показал следующих послеоперационных больных:

- 1) после удаления псаммомы мозга (лобная доля);
- 2—3) после удаления мозговых опухолей из теменной доли;
- 4) после удаления опухоли в mediastinum (рассечена была грудная кость, швы не сняты, много рисунков);

5—10) торакопластика при эмпиеме на разных сроках после операции;
11) абсцесс легкого (абсцесс был в глубине правого легкого, рана еще
еще закрыта);

12) киста легкого;

13) киста легкого, больная поступила с диагнозом эхинококка;

14) perihæstomia;

15) резекция желудка (Бильрот I);

16) резекция желудка вместе с желудочно-кишечным соустьем;

17—18) эхинококк печени;

19) резекция слепой кишки (опухоль);

20) резекция отрезка толстой кишки;

21) резекция поперечной кишки;

22) ампутация прямой кишки у 20-ти летней девушки (рак);

23—25) ампутация прямой кишки (разные сроки).

Громкие аплодисменты всех присутствующих закончили эту лекцию-демонстрацию.

В текущем году я посещал клинику проф. Вieg'a только в дни его лекций, которые по-прежнему привлекают большую аудиторию. Читая студентам хирургическую клинику, Вieg подробно останавливается на обыденных случаях, посвящая им порой целые лекции. Во время моего посещения клиники я несколько раз присутствовал на лекциях проф. Вieg'a по поводу флегмон различных областей. Под общим эфирным наркозом вскрывают флегмону, большой ложкой выскребывают содержимое и всю полость энергично прижигают огромным раскаленным наконечником. После прижигания по бокам раны приклеивают мастизолею полоски из полотна, на которых нашиты маленькие крючки; длинной шелковой ниткой эти крючки зашнуровывают до соприкосновения краев раны и накладывают повязку. Проф. Вieg неоднократно на лекции демонстрировал случаи после операций обширных флегмон, послеоперационное течение которых было per primam intentionem. Подобным же образом проф. Вieg поступает и с гнойным процессом в кости. Способ этот разработан проф. Кларром, причем для выжигания пользуются особым аппаратом, дающим большую поверхность накала. В клинике очень много больных с переломами трубчатых костей. Для лечения переломов костей нижней конечности пользуются Киршнеровским аппаратом. Через пяточную кость проводят электромотором крепкую струну, которая помещается затем в дугообразную пластинку, вышуклая часть которой соединяется с системой блоков. В настоящее время в клинике большинство операций делается под общим эфирным наркозом, но также много операций проводят под спинно-мозговой анестезией (тропококаин). Местная анестезия применяется в виде проводниковой анестезии лишь в редких случаях (резекция верхней челюсти и т. п.). Клиника Вieg'a сравнительно недавно начала авертиновый наркоз и хорошо разработала дозировку и методику этого наркоза. В посвященной этому наркозу лекции проф. Вieg рекомендовал его как прекрасный анестетик. Методика авертинового наркоза заключается в том, что больному вводят рег. раствор авертина в воде от 0,13 до 0,17 grо kilo веса больного в зависимости от возраста. Проф. Вieg рекомендовал для указанной цели нижеследующую таблицу:

Возраст	Scopolamin	Narcophin	Avertin pro kilo веса 6-го
15—24	0,0005	0,03	0,15—0,17
25—34	0,0005	0,03	0,14—0,15
35—60	0,00025	0,03	0,13—0,15
Свыше 60	0,00025	0,03	0,13—0,15

Раствор авертина берется из расчета 1 грамм авертина на 40 куб. с. воды, подогретой не свыше 45° дав раствору охладиться до 39°, вводят его через воронку в прямую кишку. За полчаса до операции в одном шприце вводят 0,0005 скополамина и 0,03 Narcophin'a. Проф. Вieg рекомендует кишечник накануне наркоза очищать слабительными, но без клизм.

Два раза я видел в клинике больных с жестокими невралгиями тройничного нерва. После клинической лекции им был выпиcнуто в Гассеров узел сна-

чала 2 куб. с. 1% раствора новокаина, а затем 2 куб. с. спирта. Рисунки показывали схему отыскания Гассеровского узла при помощи длинной иглы, идущей через кожу щеки, ниже скуловой дуги к овальному отверстию.

Из городских больниц я посещал в текущем году отделения профессоров Nordmann'a, Meier'a и Gorbund'a.

Отделение проф. Nordmann'a в Augusta-Viktoria-Krankenhaus для меня было интересно в том отношении, что все операции проф. Nordmann делает исключительно под авертиновым наркозом. Материал отделения составляет 1350 операций (в июне месяце), причем методика и дозировка мало чем отличаются от вышеописанной, принятой в клинике проф. Bier'a: 0,15 авертина на кило веса больного, причем для клизмы берется вода и отвар salep'a в равных частях. Раствор вводится 37°, причем общее количество авертина несколько уменьшают, и предельной дозой проф. Nordmann считает 10 грамм. Спустя несколько минут после введения раствора у больного наступает легкое головокружение, сонливость, незначительное покраснение кожи лица, и больной вскоре засыпает; через 12—15 минут обычно наступает уже стадия выносливости, в которой и производят операцию. Примерно через 2 часа больной просыпается, рвота и тошнота отсутствуют, чувствует себя бодрым и совершенно не помнит об операции. В случае, если больной спит недостаточно глубоко, дают solestin, которого идет незначительное количество. До последнего времени проф. Nordmann делал желчные операции под смешанным общим наркозом (смесь: спирт 20 куб. с., хлороформ 40 куб. с., эфир 60 куб. с.), и только недавно он начал и эти операции делать под авертиновым наркозом. Каких-либо осложнений, не взирая на такой большой материал, проф. Nordmann не видел и в настоящее время он все операции делает под авертином и горячо его рекомендует.

У Nordmann'a большой и разнообразный операционный материал, т. е. он пользуется в Берлине широкой популярностью. Мне хочется отметить, что все операции на печени он делает через срединный разрез и ко всякой лапаротомии присоединяет удаление червеобразного отростка из того же разреза. Проф. Nordmann закрывает брюшную полость следующим образом: сначала проводит большой иглой проволоку через все слои брюшной стенки, но временно проволоку не закручивает. Затем, узловатым толстым кетгутом, закрывает брюшную полость — захватывая брюшину и мышцы. После этого закручивает металлические швы, о которых сказано выше, и в промежутки между ними добавляет чрезвычайно тонкие металлические швы на кожу для более тесного соприкосновения краев разреза. После больших операций проф. Nordmann переходит в септическую операцию и делает несколько гнойных операций.

Проф. Meier работает в большой больнице — Westkrankenhaus. Небольшая новая операционная имеет стеклянный потолок и стеклянную переднюю стенку. Потолок имеет значительный наклон и в жаркую погоду по нему струится водопроводная вода, охлаждающая воздух в операционной. Проф. Meier оперирует под эфирным и авертиновым наркозом, причем последний из расчета только 0,12 про кило веса больного. Раствор авертина вводится большим шприцем. Одновременно с авертином дают ephetonin (на 1 грамм авертина 0,2 ephetonin'a).

Наряду с этим в отделении бывают и операции под газовым наркозом — веселящий газ. Аппараты для газового наркоза выпущены в Германии фирмой „Nüchste“ и состоят из двух цилиндров с газом (в одном N_2O , в другом кислород). Оба газа в известной пропорции поступают в смеситель, откуда по толстой трубке поступают в маску больного. Для того, чтобы газ не поступал в легкие слишком холодным, он проходит через электрический нагреватель. Больной выдыхает воздух по трубке, идущей от нижнего конца маски к стеклянному резервуару с водой. Изменяя высоту стояния трубки в воде, можно изменять давление. В тех случаях, где больной спит плохо, т. е. недостаточно глубоко для производства операции, добавляют эфир, пары которого направляются в общий смеситель. Маска плотно удерживается специальными ремнями, которые идут к металлическому кольцу у затылка больного. В течении всего наркоза лицо пациента несколько цианотично, нарколизатор постоянно меняет % поступления кислорода и техника настолько сложна, что требует специально обученного лица. К большому достоинству наркоза надо отнести то, что тотчас по прекращении поступления газа больной просыпается и чувствует себя совершенно бодрым; уже через $1\frac{1}{2}$ —2 часа больные могут есть. Обладая всеми преимуществами общего наркоза, веселящий газ, по исследованию многих авторов, совершенно не влияет на паренхиматозные органы. Экспериментальными работами было установлено, что газовый наркоз

является менее ядовитым, чем другие виды обезбоживания; так, например, содержание молочной кислоты в крови после местной анестезии 1,45 mgr, после эфира — 7,1, а после веселящего газа — 1,0. Для более широкого введения газового наркоза в хирургическую практику необходимо сконструирование простого и точного аппарата и недорогого по цене, а также возможность иметь дешевый газ. В настоящее время этих условий нет еще даже в Германии. Кроме того нужны еще дальнейшие доказательства, что газовые наркотики биологически менее опасны, чем уже известные нам средства. До сих пор опубликовано 127 смертей во время наркоза веселящим газом, в связи с чем некоторые хирурги совершенно отказываются применять веселящий газ при операциях.

Разбирая эти детально окончившиеся случаи, можно их разбить на отдельные группы: 1) лабильная сосудисто-нервная система, смерть наступает не от наркотика, а от наркоза, т. е. смерть наступила бы от любого вида наркоза; 2) смерть от асфиксии из-за O_2 или CO_2 ; 3) смерть от O_2 или CO_2 без асфиксии, что объясняется специфическим ядовитым действием N_2O по отношению к данному пациенту; 4) смерть спустя значительное время после наркоза и которая с трудом может быть объяснена наркозом.

В отделении проф. Meier'a всегда много операций, особенно в брюшной полости. Не останавливаясь на деталях операций, отмечу только способ зашивания брюшной полости у тучных субъектов. На брюшину кладется узловатый шов кетгутом, а затем накладывается несколько металлических швов с петлей по средней линии. Эти металлические швы накладываются на кожу и всю толщу подкожного жира, а петли захватывают апоневроз.

Проф. Gorb and работает теперь в Urbankrankenhaus. В виду того, что незадолго до моего приезда он получил в заведывание указанную больницу, чувствуется еще неналаженность и заметны технические и организационные недочеты. В первый же день моего посещения отделения проф. Gorb and сделал торакопластику, 2 зоба и резекцию желудка. При 2-х операциях (зобы) я видел применение с целью наркоза нового средства — pernoston'a (производное веронала). Pernoston является новым средством для внутривенного наркоза; один кубич. сантиметр этого препарата берется на 12 кило веса больного (общее количество несколько уменьшается), причем я должен отметить, что обе больные уснули мгновенно, когда врач еще только заканчивал введение 4 куб. с раствора. Однако сон не бывает достаточно глубоким. Как только больная уснула, ее перевозят в операционную и дают эфир. В одном случае я должен отметить сильную стадию возбуждения при даче эфира и значительное количество последнего во время операции. Pernoston очень удобен у нервных больных, которым впрыскивают препарат в палате еще на их койке, там они засыпают, их доставляют на операционный стол, где они и получают эфир. Но это средство дискредитировано сообщениями Hartung и Haberer'a. Hartung опубликовал 42 случая применения этого наркоза с 1 смертельным исходом, а проф. Haberer на 8 случаев имел тоже 1 летальный исход, и в настоящее время широкого распространения pernoston не получил. Pernoston выпущен немецкой фирмой Riedel.

В самом начале августа я выехал в г. Дюссельдорф, где работает проф. Haberer. В Дюссельдорфе на 500.000 населения всего одна больница, расположенная на окраине города, с 1800 кроватями — из них 300 хирургических, с обслуживающим персоналом в 47 человек. Операционный корпус имеет 3 больших асептических и 1 септическую операционных и при первом посещении производит колоссальное впечатление. Операции начинаются в 7 ч. 15 м. утра. Я посещал отделение проф. Haberer'a в течение 3-х недель; за указанное время видел огромное количество операций, из них операции на желудке привлекают много иностранцев (в том числе японцев, американцев и т. д.). Почти ежедневно видишь операции по поводу зоба, которые Haberer делает быстро и отчетливо. Разрез по Koxer'u — перевязка всех 4-х шитовидных артерий. После удаления больших зобов вставляется в качестве дренажа стеклянная трубка. На зашитую рану кладут несколько листов серебряной фольги для получения тонкого косметического рубца. Техника резекции желудка разработана проф. Haberer'ом до мельчайших деталей. После вскрытия брюшной полости он обкладывает брюшную полость салфетками, смоченными в горячем физиологическом растворе; осматривает вынутый желудок и, установив язву, обвязывает брыжейку сначала по малой кривизне, а затем по большой кривизне, причем накладывает три лигатуры, т. е. при перерезке на центральном конце артерии остаются две лигатуры, на расстоянии 0,5

сант. друг от друга. Затем накладывает одну половину Леновского¹⁾ зажима на 12-ти перстную кишку и отжигает ее пакеленом. Другую половину Леновского зажима кладет на желудок и подшивает серозу 12-перстной кишки к задней стенке желудка, когда желудок еще не удален. После этого надрезает ножом серозу желудка циркулярно и накладывает по этому надрезу швы тонким кетгутом, т. е. по месту будущего разделения, что, по мнению проф. Haberer'a, имеет чрезвычайно важное значение в смысле предотвращения кровотечения. Снова пакеленом разрезает на сей раз желудок и сшивает конец в конец желудок и 12-перстную кишку. Удаляет почти весь желудок, так как считает, что только этим путем можно бороться с перепроизводством соляной кислоты. Приблизительно 82% всех резекций желудка делает по Бильрот I, 10% по Бильрот II и 8% по другим методам (Бальфур, Полиа) в зависимости от случая. Нужно отметить, что показания к операции чрезвычайно расширены; приходилось видеть небольшие язвы препилорической части, когда также был удален почти весь желудок; неудивительно поэтому, что проф. Haberer сделал уже больше 2600 резекций при общей смертности в 1½%. Многочисленные рентгенограммы показывали постепенное расширение оставшейся части и, повидимому, организм приспосабливается к редуцированному желудочно-кишечному тракту. Проф. Haberer оперирует или под общим наркозом (эфир) или авертин, причем авертин все больше и больше вытесняет другие виды наркоза в его клинике. В самое последнее время в клинике авертин начали давать и при экстренных операциях. Авертин дают из расчета 0,125 pro kilo больного, причем каждый растров перед употреблением испытывается с конгоротом (1% цвета не меняет). Вообще приходится отметить, что примерно 20% больных не спят от авертина, вернее спят недостаточно глубоко для операции, и этим больным добавляют эфир, которого расходуется незначительное количество, а 5% из этих 20% совершенно не засыпают. Пожилые люди спят лучше молодых. Каких-либо серьезных осложнений от авертина клиника не наблюдала. Это относится также к наблюдениям, которые были сделаны в клиниках проф. Bier'a, Nordmann'a и Meier'a.

В Вене обе хирургические университетские клиники расположены в одной больнице — Allgemeinkrankenhaus. Первой клиникой ведает проф. Aisselsberg, другой — проф. Hohenesck, причем оба находятся в таком преклонном возрасте, что главную операционную работу несут ассистенты. Клиника проф. Aisselsberg'a оперирует почти исключительно под общим эфирным наркозом или редко под общим наркозом веселящим газом. Даже такие операции, как грыжа (делают почти всегда по Бассини) и аппендициты (через поперечный разрез) производят под общим наркозом. Исключение составляют только большие зубы, которые из-за голосовой пробы оперируют под местной анестезией. Методика газового наркоза здесь та же, что и в других клиниках. Материал клиники очень разнообразен и ежедневно видишь 10—12 больших операций. Все операции на печени делают под общим эфирным наркозом, причем при сильно раздутых желчных пузырях отсасывают содержимое в безвоздушный балон; по окончании операции в рану вставляют небольшой тампон, смоченный в адреналине или полуторо-хлористом железе. Около операционного стола стоит таз с физиологическим раствором, который нагревается электрическими угольными лампочками, и в котором находятся компрессы для брюшной полости. На кожу — скобки; на рану — мастизоль.

В клинике проф. Hohenesck'a оперирует приват-доцент Stein. Все операции идут под общим эфирным наркозом. Это единственная клиника, где употребляется шелк, а не кетгут в брюшной хирургии. На работе этой клиники я не буду останавливаться, как и на работе проф. Finsterer'a. Проф. Finsterer работает в больнице Франц-Иосифа и мне было интересно посмотреть его операции на желудке. Делает их он под смешанным наркозом; сначала местная анестезия — при разрезе брюшной стенки, затем во время осмотра брюшной полости — газ, а затем снова продолжает операцию под местной анестезией. Делает он чрезвычайно медленно и в настоящее время имеет очень небольшой оперативный материал, иностранцами его отделение почти не посещается.

Лучшим хирургическим отделением Вены и лучшим хирургом Вены является проф. Lorenz, работающий в купеческой больнице. Новое роскошное здание прекрасно оборудовано. Материал отделения самый разнообразный, так как проф.

¹⁾ Проф. Haberer пользуется модификацией леновского зажима; изменен только замок инструмента; вместо винта сделан клемм.

Logenz пользуется в Вене большой известностью. Почти все операции делают в отделении под общим эфирным наркозом, пользуясь особой маской. Сущность маски заключается в следующем: маска представляет собой цилиндр, один конец цилиндра плотно приставляется ко рту и носу больного, а через другой вливается каплями эфир на комок ваты, который помещен на сетке, находящейся ближе к верхнему концу цилиндра. Таким образом больной дышит парами эфира. При зашивании небольших ран брюшной полости (как, например, после аппендицита) накладывают съемный шов без одного узла, берут длинную нитку с пуговицей, прокалывают все слои, непрерывный шов на брюшину, затем обратно тоже непрерывный шов на мышцы и апоневроз и выкалывают у места вкола и над пуговицей завязывают; такой же шов на кожу. Снимают этот шов не на седьмой, а на десятый день.

За небольшой период времени в отделении сделано более 400 операций по поводу омоложения. Способ разработан ассистентом отделения д-ром Doppler'ом, который предложил специальный препарат—изофенол (препарат фенола, фабрика «Норгина»). Д-р Doppler в одном подходящем случае в моем присутствии произвел эту операцию. Методика состоит в том, что он обнажает на большом протяжении бедренную артерию и обильно смачивает ее раствором изофенола. Затем через небольшой кожный разрез достает яичко, делает несколько скарификаций острием скальпеля на белочной оболочке и тоже ее сильно смачивает этим раствором; при зашивании оставляет некоторое количество этой указанной жидкости в полости яичка. Наибольший эффект в смысле улучшения общего самочувствия достигается через 5 месяцев. Мне приходилось видеть несколько больных, оперированных д-ром Doppler'ом, все они заявляли, что довольны положительными результатами операции. Незадолго до моего приезда такая операция была проделана одному из наших ленинградских профессоров.

В отделении проф. Logenz'a переливание крови, а также внутривенные вливания делают при помощи нового аппарата „Ротанда“ (предложен Jungling'ом); принцип заключается в том, что происходит не смена шприцов, как при способе Eleker'a, а шприц ворочается у своего основания на 45°, чем достигается изменение направления струи.

Из Вены я проехал в Рим. В Римском университете имеется только одна хирургическая клиника проф. Alessandri. К сожалению за несколько дней до моего приезда сам проф. Alessandri подвергался операции, почему я и не мог видеть его операций. Клиника проф. Alessandri делает 50% операций под спинно-мозговой анестезией, 40%—под эфиром и 10%—под местной анестезией. В самое последнее время начали разрабатывать методику газового наркоза при помощи этилена. Большой железный резервуар наполнен газом, в резервуар поступает по трубке вода, которая вытесняет газ вверх и через резиновую трубку он направляется к резиновому балону, где смешивается с кислородом. Больному одевают резиновую маску в виде противогаза; короткая, но сильная стадия возбуждения. Я видел всего 8 операций под этиленовым наркозом, причем в одном случае у 14-летнего мальчика была остановка дыхания. Случай кончился благополучно, но оставил неприятное впечатление. Всего в клинике сделано около 200 операций и пока без смертельных исходов. Оперируют вдвоем, т. е. при одном ассистенте, в длинных перчатках. Оригинально устроена операционная: студенты находятся между 2-мя рядами стеклянных стен, доходящих до потолка.

Рефераты.

а) Физиология.

99) *Значение сердечного ушка в кровообращении.* После проработки литературы данного вопроса и личного изучения на животных анатомии и физиологии сердца, Georg Hauffe (Z. für Kreislauff. H. 21, 1928) приходит к тому, что циркуляция крови в сердце начинается с ушка, что правильное движение крови от предсердия к желудочку происходит благодаря сокращению выступающей внутрь ушка мускулатуры его, что ушко служит как бы гидравлическим прессом для атрио-вентрикулярных клапанов и вообще является мало замеченным, но весьма важным атрибутом сердца совершающим функцию последнего как насоса и одновременно нагнетающего насоса. С. М. Райский.