

*Кожный клей из сосновой смолы — „пинол“* Н. Чистяков (Военно-санитарное дело, 1933 г., № 1). Для освобождения от импортных сортов кожного клея авт. предлагает пользоваться сосновым смолистым кожным клеем следующего состава: смолы сосновой (еловой) и эфира поровну—100,0 и 1% льняного или другого какого нибудь растительного масла. Этот клей прекрасно клеит благодаря растворению смолы в эфире, высыхает в 15—20 сек., превосходя быстротой высыхания мастизол (30 сек.) и клеол (больше 1 м.). Смолистая пленка, образующаяся на коже после высыхания пинола, прочна, не дает трещин и непроницаема для воды и выделений раны. И. Циммерс.

*Сфагн (торфяной мох) в хирургии.* С. А. Новотельнов (Военно-санитарное дело, 1933 г., № 2—3) излагает историю применения в хирургии сфагна и напоминает об его прекрасных всасывающих способностях. Благодаря богатству нашей страны торфяными болотами, на которых растет мягкий пушистый сфагн, последний особенно пригоден в военное время, когда требуется огромное количество всасывающего и подкладочного материала для лечения ран и одновременно ощущается недостаток в перевязочных материалах. Автор считает проще и легче всего заготовку сфагна осуществлять путем поручения этого дела торфяным и торфоподстильным работкам. И. Циммерс.

*Группы крови и наружные признаки.* В. Янкин (Военно-санитарное дело, 1933 г., № 1) произвел массовое определение групп крови в условиях полковой амбулатории у красноармейцев и выяснения своей части с одновременной разбивкой их по наружным признакам. Оказалось, что пигментация, цвет глаз определенного соответствия с группами крови не имеют. Национальность также не дает превалирования какой-либо одной группы. Лица физического труда ложатся с некоторым преимуществом во II группу, умственного труда в III. К I группе относятся преимущественно лица выше среднего роста, крепкие, больше шатены, с светлыми глазами (голубые, серые). Лица II группы преимущественно среднего роста, физического труда, удовлетворительного развития, шатены и брюнеты, преимущественно светлоглазые. Лица III группы преимущественно среднего роста, хорошего физразвития, с преобладанием блондинов и шатенов и темной окраски глаз (карие). Большинство лиц — умственного труда. В IV группе преобладают лица среднего роста с светлыми волосами, серыми глазами. Такую характеристику групп нельзя считать абсолютной, так как данные собраны от чрезвычайно узкого контингента. И. Циммерс.

*Полевой набор для переливания крови.* В. Марковский и В. Брайцев (Военно-санитарное дело 1933 г., № 4) предлагают полевой набор для переливания крови, помещающийся в деревянном или фанерном ящике 33×21×20 см. Набор состоит из двух склянок для крови, двух комплектов трубок для них, принадлежностей для веносекции и перевязочного материала, запаса игол и металлических капсул с насадками для них, хранящихся в растворе парафина в эфире, запас питрата (300,0), спирта, бензина, вазелинового масла и принадлежностей для определения групп крови и индивидуальной совместимости. Испытания во время поездок, часто в весьма неблагоприятных условиях, дали весьма положительные результаты в отношении сохранности содержимого и сохранения стерильности. И. Циммерс.

*О борьбе с раневыми инфекциями свежих ран в военное время.* А. Гусев (Военно-санитарное дело, 1933 г., № 4) разбирает методы борьбы с раневыми инфекциями свежих ран на основании опыта мировой и гражданской войн, а также из опыта мирного времени. Главная мысль хирурга — превратить инфицированную рану в чистую, операционную рану, что достигается иссечением раны в первые сутки. Вопрос о первичном иссечении ран в настоящее время следует считать общепринятым. Эта операция преимущественно должна производиться на Г. П. М. Условия, препятствующие применению этого метода, различаются внешне, зависящие от окружающей обстановки, внутренние, зависящие от характера самой раны. При открытом лечении ран необходима тщательная дезинфекция кожи настоем кой воды или подквашенным фукином 5% спирт-танином по Заблудовскому, или водным раствором таннина, растворами анилиновых красок и др.; механическая очистка ран путем удаления посторонних предметов, вскрытия мертвых пространств и иссечения омертвевших и нежизнеспособных тканей и тщательной остановки кровотечения. Все эти манипуляции должны производиться в строго асептической обстановке, что в большинстве случаев возможно будет также на Г. П. М.

Антисептический метод лечения ран получит в будущей войне широкое распространение. Известен ряд старых антисептических средств (спирт, эфир, бензин, сулема и др.) и появились новые средства; риванолуция. В настоящее время необходимо накоплять опыт с различными антисептическими средствами для дальнейшей оценки их. Следует выдирать в практику также метод постоянного орошения ран, применять антивирус по Безредка. При свежих инфицированных ранах, с которыми мы будем встречаться в войсковом районе, необходимо резко ограничить применение тампонов и дренажей. И. Циммес.

*Лечение легочных туберкулезных нагноений.* Доклады на IV международном конгрессе хирургов в Мадриде 1932 г. — (Pг. Med. 1932, 28).

Lilienthal (Н.-Йорк). Для хирурга из легочных нагноений важны абсцессы и бронхоэктазы. Оперативное вмешательство показано только при абсцессах прогрессирующих, так как значительная часть стационарных а. способна к самостоятельному излечению. Бронхоскопия, искусственный пневмоторакс могут быть применены, но френикоэктомия не имеет эффекта. Вмешательство должно проводиться при опущенной голове и местной анестезии, иногда показана двухмоментная операция. Послеоперационные осложнения в виде бронхит. фистул обуславливают торакопластику. Нагноившиеся бронхоэктазы обычно следуют через несколько недель за операцией в ротовой полости. Лечение может быть или паллиативным: дренаж, который обычно дает фистулу, торакопластика, апиголиз, или радикальным: лобектомия. А. сообщил о 40 случаях лобектомий, хотя и с высокой смертностью (62%).

Sauerbruch (Берлин). Статистические данные (в случаях абсцессов легких и бронхоэктазов, леченных оперативно) значительно улучшились после введения в практику парафинов. пломб для образования плевроальных сращений там, где они отсутствовали. Легочный абсцесс может излечиться спонтанно, но в случае необходимости оперативного вмешательства не нужно ждать более 5 недель. А. сообщает о 12 случаях с центр. легочн. абсцессами, излеченных торакотомией, о 6 больных с гангреной легких, излеченных оперативно. При бронхоэктазах, которые в 80% были врожденными, он получал хорошие результаты. В нескольких случаях он мог удалить целую долю легких и получить выздоровление без фистулы, в одном случае резекция целого легкого была проведена с хорошим эффектом. Хирургия легочных нагноений внушает оптимистические надежды, это а. основывает на 623 случаях легочного абсцесса и 300 случаях бронхоэктазов.

Baumgartner (Париж) сообщает о 101 оперированном больном. Консервативное лечение не должно продолжаться более 2 мес. для абсцессов и 15 дней для гангрены легких. Пневмоторакс искусственный (и. п.) мало действителен в случаях, неподдающихся консервативному лечению. Бронхоскопия (аспирационная)—как подготовка к операции или как облегчающий метод в случаях неоперабельных. Только прямое хирургическое воздействие на очаг ведет к дренажу и к резекции патологических тканей. Это хирург. вмешательство состоит в: 1) пнеймотомия простая для свежих абсцессов без склеротической реакции, 2) пнеймотомия с резекцией для гнилостных абсцессов, 3) пнеймектомия для диффузных хронических распространенных нагноений. Лобектомия типическая применяется при нагноениях, осложненных бронхоэктазами и при бронхоэктазах первичных абсцедирующихся или нет, когда это поражение ограничивается одной долей.

Ascoli (Рим), 30% всех острых абсцессов может излечиться спонтанно. В случаях леченных до 6-го мес. смертность 19%, в случаях, более старых, смертность возрастает до 75%. Медикаментозное лечение, вакцины, сыворотки ведут к выздоровлению в тех случаях, где уже имеется тенденция к излечению и в частности при центральных абсцессах, дренируемых большим бронхом. Бронхоскопия полезна при а. от инородных тел. И. п. применим в а. глубоких, хорошо дренируемых и проведенный в течение 4—6 мес. может быть полезным, если поражение не хронично; в других случаях и. п. опасен. Непрямые хирург. методы: френикоэктомия, торакопластика, экстраплевроальная пломба могут вести к излечению, в случаях диффузных а. их можно испытывать. Пнеймотомия с дренажем показана в случаях а. периферических одно- и много-полостных. В формах хронических, осложненных, только резекция легкого по Whitte-more-Graham способна обеспечить выздоровление. Типичная лобектомия по автору дает высокую смертность.