

Н. Lohnstein. *Новый способ лечения мозолистых стриктур мочеиспускательного канала.* „Врачебная Газета“ №№ 42 и 43.

Авторъ убѣдился, что какъ бужированіе не даетъ стойкаго результата въ леченіи уретральныхъ стриктуръ, такъ ни одинъ изъ способовъ оперативнаго вмѣшательства не въ состояніи уничтожить инфильтрата, ведущаго къ суженію, а главное—предотвратить сращенія краевъ производимаго сѣченія стриктуры. Выработавъ свой способъ леченія, авторъ предлагаетъ его, какъ наиболѣе способствующій устраненію по крайней мѣрѣ функциональныхъ симптомовъ страданія. Принципъ его—примѣненіе гальванокаустики—не новъ; новъ—инструментъ и нѣкоторыя подробности въ ходѣ леченія. Авторъ поставилъ себѣ двѣ цѣли: во-первыхъ, образовать въ фиброзной ткани на протяженіи стриктуры правильный каналъ, обнажая по возможности неизмѣненную ткань, и во-вторыхъ, удержать отъ зарощенія новообразованный ходъ безъ послѣдовательнаго повторнаго бужирования. Этихъ цѣлей онъ достигаетъ употребленіемъ инструмента, построеннаго по принципу уретротомы Bottini. Въ металлической круглой шинѣ (№ 18 по скалѣ Charrière'a), вводимой въ уретру либо самостоятельно, либо подъ руководствомъ тонкаго зонда, привинчиваемаго на мѣсто клюва, скользитъ пластинчатый стержень, снабженный на концѣ трехграннымъ платино-иридіевымъ ножомъ (различной величины). Такъ какъ ножъ проводится въ уретру не скрытымъ, то край его, обращенный къ слизистой оболочкѣ, тупъ и становится рѣжущимъ при красномъ накачиваніи, которое достигается соединеніемъ ножа (въ павильонѣ стержня) съ источникомъ электрической энергіи.

Прежде примѣненія уретротомы, авторъ обыкновенно расширяетъ стриктуру бужированіемъ (до 20—22 №). Подготовленіе къ операциіи обычное. Анестезія—мѣстная кокаиномъ. Введя черезъ стриктуру шину и фиксировавъ ее, авторъ приводитъ въ дѣйствіе холодильный аппаратъ (построенный по образцу холодильника при операциіи Bottini). Медленно введя ножъ до суженія, онъ замыкаетъ токъ, сила котораго, необходимая для краснаго раскачиванія лезвія, контролируется амперометромъ. Раскаленный ножъ осторожно продвигается черезъ суженіе и производитъ разъединеніе фибрознаго кольца на соответствующую глубину. Лишь только перестаетъ ощущаться препятствіе, токъ размыкается, и ножъ выводится обратно, либо продвигается далѣе, если имѣются другія стриктуры.

Произведенное сѣченіе фибрознаго кольца расширяется боковымъ потягиваніемъ ткани, а образующійся струлъ препятствуетъ сращенію стѣнокъ хода. Такимъ образомъ достигается стойкое расширеніе стриктуры.

Авторъ примѣнялъ свой способъ въ случаяхъ законченныхъ процессовъ, съ значительными разстройствами мочеиспусканія, уже послѣ безуспѣшнаго хирургическаго вмѣшательства по другимъ способамъ. Онъ находитъ возможнымъ и первичное примѣненіе своего способа главн. образ. въ виду легкости операциіи, ничтожной реакціи со стороны организма и хорошихъ результатовъ, полученныхъ имъ. Къ достоин-

ствамъ метода относится: а) ничтожность или даже отсутствіе явленій задержанія мочи; б) легкость и безболѣзненность даже перваго мочеиспусканія, с) возможность амбулаторнаго примѣненія (тахішпм покойнаго положенія 1—2 часа); д) ничтожность кровотеченія во время операциі; е) отсутствіе послѣдовательныхъ кровотеченій (кромѣ одного случая, въ которомъ черезъ 3 нед. послѣ операциі выдѣлился при мочеиспусканіи кровяной сгустокъ); ф) отсутствіе мочевыхъ затековъ; г) правильность раненія, препятствующая застою раневого отдѣляемаго въ случаѣ недостатка асептики. Впрочемъ, т. наз. уретральной лихорадки нельзя избѣжать. Авторъ заканчиваетъ статью шестью исторіями болѣзни б. или м. прослѣженныхъ случаевъ, въ которыхъ рецидивовъ не наблюдалось въ теченіе срока большаго, нежели при другихъ способахъ хирургическаго леченія уретральныхъ стриктуръ.

П. Овчинниковъ.

В. М. Платоновъ. *Спинно-мозговое обезболиваніе*. „Хирургія“. т. XII. № 70.

Вопросъ о спинно-мозговой анестезіи, получившій начало въ 1885 году въ практикѣ американца L. Sarning'a, далеко еще не разработанъ, и въ хирургической практикѣ спинно-мозговая анестезія примѣняется совсѣмъ не часто, особенно въ Россіи, гдѣ большинствомъ встрѣчена отрицательно. Среди иностранныхъ хирурговъ Tuffier относится въ горячимъ защитникамъ этого способа анестезіи. Schwarz и Kader довольны результатами своихъ наблюденій. Bier вѣритъ въ будущность метода, но требуетъ дальнѣйшей разработкѣ вопроса. Mikulicz также считаетъ необходимыми новыя изслѣдованія.

Въ Екатеринодарской городской больницѣ съ сентября 1900 года предпринято систематическое примѣненіе спинно-мозговой анестезіи, и подѣ такого рода наркозомъ за 1900 годъ произведено 78 операциій, а въ 1901 г.—201; послѣдніе случаи въ краткомъ извлеченіи приводятся авторомъ. Оперировались: грыжи (18 случ.); заболѣванія женской мочеполовой сферы (75); аппендициты (19); заболѣванія мужскихъ половыхъ органовъ, промежности и задняго прохода (43); желудочно-кишечнаго тракта и мочевого пузыря (17); нижнихъ конечностей (29).

Наиболѣе существенные выводы, къ которымъ приходитъ авторъ, слѣдующіе. 1. Изъ употребляемыхъ для спинно-мозговой анестезіи средствъ—кокаина ($\frac{1}{2}$ —2%), евкаина (4—6%) и тропококаина (2—5%) слѣдуетъ остановиться на евкаинѣ. Послѣдній, вводимый (0,04—0,05) непосредственно въ спинномозговой каналъ (впрыскиваніе въ субдуральное пространство не ведетъ къ желанной цѣли) рѣже другихъ вызываетъ побочныя явленія. 2. Анестезія, наступающая прежде всего на промежности и наружныхъ половыхъ частяхъ, а черезъ 2—3 минуты