

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 кровотоchenія 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.

## II. 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 разработкы вопроса. Mikulicz также считаетъ необходимыми новыя изслѣдованія.

Въ Екатеринодарской городской больницѣ съ сентября 1900 года предпринято систематическое примѣненіе спинно-мозговой анестезіи, и подъ 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

на пальцахъ ногъ, потомъ въ теченіе 10—15 мин. распространяется выше, доходя иногда до реберъ; она имѣетъ характеръ частичной анестезіи—обезболиванія, аналгезіи,—тактильная же и термическая чувствительность сохранены. 3. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ (изъ 201 въ 197) аналгезія совершенна. 4. 50% подвергнутыхъ спинно-мозговой анестезіи переносятъ ее безъ всякихъ дурныхъ ощущеній; въ худшемъ случаѣ вслѣдъ за чувствомъ недомоганія, давления подъ ложечкой появляется тошнота и рвота (1—2—4 раза); черезъ 10—15 м. все проходитъ, и больной успокаивается. Указанные симптомы наблюдаются или вмѣстѣ или по отдѣльности. 5. Центральная нервная система и периферическая выше анестезированныхъ областей остаются незатронутыми. Пульсъ всегда учащается на 10—20 ударовъ, можетъ доходить до 120. Дыханіе углублено и учащено на 2—4 вдоха. Иногда наблюдается произвольная дефекація. 6. Аналгезія длится отъ  $\frac{1}{2}$  часа до 2 ч. 40 м.; восстановление чувствительности совершается въ обратномъ ея уничтоженію порядкѣ. 7. Изъ послѣдовательныхъ явлений отмѣчается: въ большинствѣ случаевъ, черезъ 4—5 час. повышение температуры до 37, 5—39, 5 (два раза до 40, 2) иногда съ предшествующимъ знобомъ; почти въ половинѣ случаевъ—головная боль, обыкновенно прекращавшаяся къ утру слѣдующаго дня вмѣстѣ съ пониженіемъ температуры, но въ исключительныхъ случаяхъ державшаяся 3—4 дня.

Техника впрыскиванія несложна. Опредѣливъ прощупываніемъ (въ сидячемъ, слегка наклонномъ положеніи больного) промежутокъ между 3 и 4 или 4 и 5 поясничными остями (при затрудненіи для прощупыванія остей, положеніе промежутка между 3 и 4 опредѣляется горизонтальной линіей, соединяющей высшія точки подвздошныхъ костей), вкалываютъ на 0,5 см. вправо отъ средней линіи платиновую иглу (длиною въ 8 см) и осторожно углубляютъ ее (приблизительно на 4—6 см), уклоняя слегка влѣво, до появленія прозрачной жидкости. Соединяютъ иглу со шприцемъ Pravaz'a и вводятъ не болѣе 1 с. см. раствора.—Съ появленіемъ анестезіи, больного укладываютъ въ требуемое операцией положеніе.

П. Овчинниковъ.

---

**В. М. Ченанъ.** *Къ хирургіи опухолей легкаго. Саркома легкаго. Переносъ въ правой паховой области. Резекція легкаго. Изслѣченіе опухоли въ паховой области.* „Хирургія“. т. XII № 70.

Начало научной разработки хирургіи легкихъ относится къ 1873 г., когда Mosler и Hüter сдѣлали первую пневмотомію по поводу поверхностной бронхоэктазіи. Экспериментальныя наблюденія на животныхъ, принадлежащія Glück'у, Schmidt'у, Block'у и др., доказали возмож-