

К. Lagergren. *О спинномозговой анестезии по Sebrechts'у.* (Acta chirurg. Scandinav. Vol. LXXIX. Fasc. III. 1937, стр. 219—279). Возрождению спинномозговой анестезии в последние годы способствовали три условия: 1) необходимость индивидуальной дозировки, 2) необходимость способа, позволяющего применить нужную дозу анестезирующего вещества, 3) разъяснение сущности спинального шока на основании экспериментальных исследований. Ярм сторонником применения принципа индивидуальной дозировки при спинномозговой анестезии явился Sebrechts, разработавший способ дробной дозировки. Этот способ а. применял почти при всех операциях ниже диафрагмы. Материал автора—1000 случаев Ни одного смертельного случая, который можно было бы приписать спинномозговой анестезии, автор не наблюдал. Терапевтический эффект от спинномозговой анестезии автор наблюдал при непроходимости кишечника, причем в этих случаях требовалась особая осторожность. Метод Sebrechts'a а. считает наиболее безопасным. При этом способе можно вычислить разовую дозу для „чувствительных“ к спинномозговой анестезии людей, не подвергая их серьезной опасности. Этот способ позволяет избежать неудачи в виде неполной анестезии, которая нередко наблюдается при применении других способов. в особенности у так называемых „резистентных“ к спинномозговой анестезии людей.

Техника спинномозговой анестезии, применяемая автором: за 1 ч.— $\frac{3}{4}$  ч. перед анестезией, больные получают 0,02 opiototal'a и 0,00032 scopolamin'a. Слабым больным и лицам до 18 и свыше 70 лет скололамин не дается. Слабым больным и старикам профилактически дается эфедрин, повышающий кровяное давление. Спинномозговая пункция делается как правило в лежачем положении между L<sub>3</sub>—L<sub>4</sub>. Для пункции нужно пользоваться очень тонкими иглами из никеля. По истечении первых капель спинномозговой жидкости игла продвигается еще на 2 мм. Для анестезии на одной стороне больной поворачивается на противоположную сторону, в остальных случаях больной лежит на животе. При высокой анестезии стол опускается вниз, но голова поднимается высоко. Для анестезии обычно вводится 5 см<sup>3</sup> раствора перкаина 1:15 0, имеющего температуру тела, по 1 см<sup>3</sup> в  $\frac{1}{4}$  мин. После этого в иглу вводится опять мандрен, и в течение 5 мин. контролируется кровяное давление, пульс и кожная чувствительность.

Если пульс падает, то нужно быть очень осторожным и не вводить более 2—3 см<sup>3</sup> раствора в дальнейшем. Если пульс не меняется или замедление пульса проходит, а анестезии не наступает, то впрыскивается дальнейшая доза в 5 см<sup>3</sup>. Эта доза повторяется каждые 5 мин. до достижения хорошей анестезии при постоянном контроле пульса и кровяного давления. Перед самой операцией головной конец поднимают еще на 10°. Для достижения анестезии при этом способе требуется нередко 25—30 мин. Поворачивание больных на спину должно производиться очень осторожно. Операционный стол ставится в положение Тренделенбурга. Перевозка в палату требует особой осторожности. Тренделенбургское положение сохраняется около 24 часов. т. к. этим предупреждается головная боль. Доза перкаина, необходимая в среднем для операции выше пупка, равна 20—30 см<sup>3</sup>, для операции ниже пупка—10—20 см<sup>3</sup>. Отсутствие анестезии а. имел в 0,2% сл.

В. Маят.

Т. Vjörkroth. *О разрыве сухожилия двуглавой мышцы.* (Acta Chirurg. Scandinav. Vol. LXXIX. Fasc. III. 1937, стр. 280—310). Отсутствие доказательств патолого-анатомических и рентгенологических изменений дает а. повод считать механический фактор основным моментом в этиологии разрыва. По аналогии с разрывом сухожилия длинного сгибателя большого пальца руки а. в одном случае разрыва двуглавой мышцы плеча связывает его с вывихом плеча. Разрывы сухожилия двуглавой мышцы наступают значительно чаще, чем принято думать; многие случаи просматриваются и идут под названием хронического артрита и пр. Материал автора обнимает 7 случаев: 1 редкий случай разрыва дистального сухожилия двуглавой мышцы в комбинации с разрывом сухожилия короткой головки и 6 случ. разрыва сухожилия длинной головки. Лечение разрывов сухожилия должно быть оперативным. Прямой сухожильный шов большинством отрицается, если только разрыв не находится близко от границы между сухожилием и мышцей, что бывает редко. Разбирая различные способы операций, а. особенно рекомендует способ, при котором сухожилие протягивается через костный канал под большим бугром и там прикрепляется в виде