

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 L₃—L₄. 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 см³ раствора перкаина 1:15 0, имеющего температуру тела, по 1 см³ 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 см³ раствора в дальнейшем. Если пульс не меняется или замедление пульса проходит, а анестезии не наступает, то впрыскивается дальнейшая доза в 5 см³. 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 см³, для операции ниже пупка—10—20 см³. 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

жетли. Результаты оперативного лечения в общем хорошие и вполне себя оправдывают. В. Маят.

в) Урология.

Sangree, H. (Филадельфия) *Стерильность у мужчин и ее практическое значение* (Urol. a. cut. rev. № 4, 1937). Среднее количество эякулируемой за один раз спермы равняется 3—5 куб. см. Вязкость эякулята не имеет значения, рН эякулята равняется 7,7—8,5. Кислотность вагинального секрета не имеет большого значения для оплодотворения женщин. Активность сперматозоидов в эякулированной сперме сохраняется при комнатной температуре в течение 24 часов. В эякулируемой за один раз мужчиной сперме содержится до 135.000.000 сперматозоидов. На способность к оплодотворению влияет наличие воспалительных процессов в предстательной железе. Нельзя отрицать влияния желез внутренней секреции на спермообразование. Автор обследовал 50 мужчин, и у 25% из них обнаружил неподвижность сперматозоидов или изменение их формы из-за воспалительных процессов в предстательной железе. А. Д.

D'Ogonzio. *Стерильность мужчин и новые средства лечения ее*. (Urol. a. cut. rev. № 4, 1937 г.). Патологические изменения спермы автор делит на следующие группы: 1) азооспермия, 2) олигоспермия, 3) некроспермия, 4) аспермия или полное отсутствие семени. Первая группа заболеваний может быть обусловлена а) частым извержением семени, б) нарушением функции яичка, в) заболеванием яичек (туберкулез), г) отсутствием яичек, д) запустеванием отверстия выносящих протоков, е) освещением х-лучами. Олигоспермия—уменьшение числа сперматозоидов—обуславливается а) ранним или поздним возрастом, б) общей слабостью организма. Некроспермия—неподвижность сперматозоидов—может возникнуть в результате а) частых извержений семени, б) алкоголизма, морфинизма, общего туберкулеза или диабета, влияющих на питание яичек, в) местных патологических процессов, как-то—рак, сифилис или начинающаяся атрофия яичек, г) воспалительных процессов в семенных пузырьках, д) хронических фолликулярных простатитов. Аспермия может быть врожденной или приобретенной, в последнем случае аспермия возникает вследствие а) гнойных простатитов, разрушающих простату и после рубцевания стягивающих выносные протоки, б) разрушения выбрасывающих протоков при операциях, в) рубцовых изменений кожи члена и головки, а также ткани члена, г) структур уретры. В некоторых случаях азооспермии лечение экстрактами желез внутренней секреции может привести к хорошим результатам. Лечение олигоспермии должно исходить из этиологии страдания; прогноз в большинстве случаев благоприятный. При наличии некроспермии необходимо точно уяснить причину заболевания. Аспермию можно лечить или не лечить в зависимости от этиологии страдания. В последнее время стало известно, что витамины А и Е имеют большое значение для человеческого организма. Так, например, недостаток витамина А ведет к дегенеративным изменениям в яичке, а недостаток витамина Е может привести к полной дегенерации половых клеток. Косвенно влияет на половые железы также недостаток витамина В. На деятельность яичек оказывают влияние и гормоны всех желез внутренней секреции человеческого организма. Так, экстракт из передней доли гипофиза может активировать деятельность половых желез и подвижность сперматозоидов. А. Д.

Sturgis M. (Филадельфия). *Изучение стерильности у женщин*. (Urol. a. cut. rev. № 4, 1937). А. подвергла изучению причины бесплодия 190 браков. Оказалось, что со стороны мужчин были следующие причины: импотенция в 2 сл., аспермия в 6 сл., неподвижность сперматозоидов на почве эндокринных расстройств в 7 сл., „пониженная способность к оплодотворению“ в 17 случаях, причем в 11 случаях на почве эндокринных расстройств и в 6—на почве перенесенных заболеваний, и наконец, гипоспадия в 1 случае. Со стороны женщин причины были следующие: ретроверзия матки в 27 случаях, цервикальные пробки в 9 случаях, эндокринные расстройства в 74 случаях и дефекты в трубах в 106 случаях. А. приходит к выводу, что изучение стерильности браков возможно проводить при обследовании обоих супругов. При изучении причин стерильности 190 браков удалось установить их с несомненностью в 31%. Причины эти преимущественно механического характера и наблюдаются они чаще у женщин: поражение труб, обусловленное старым воспалительным процессом. А. Д.