

а существенно преобразовано. Оно богаче жидкостью и принимает характер юношеского. Эти изменения автор приписывает влиянию гормона, исходящего из плодного яйца и действующего тем энергичнее, чем моложе организм (отсюда затруднения родов у пожилых первобеременных).

А. Тимофеев.

274. *На морфологические изменения влагалищного секрета, как на диагностический признак беременности.* указывает P a r a n i c o l a o u (ref. Berich. u. d. gesam. Gyn., Bd. IX, H. 8). С наступлением беременности слизистые клетки влагалищного эпителия принимают характерный вид удлиненных, вогнутых элементов с удлинненными, спавшимися ядрами с признаками плазмолиза и вакуолизации. Характерно также присутствие свободных ядер и клеточного распада. Сопоставляя эти изменения с другими особенностями влагалищного секрета у беременных в смысле отсутствия нормальной периодичности изменений, в смысле содержания лейкоцитов, лимфоцитов, эритроцитов и других клеток, автор считает возможным пользоваться ими для установления диагноза беременности вообще и внематочной беременности в особенности.

А. Тимофеев.

275. *Обезболивание родов.* Для этой цели G w a t h m e y'e m был предложен следующий способ: сначала роженице впрыскивают под кожу 0,006 морфия с 2 куб. сант. 50% раствора химически чистой сернистой магнезии (последняя, без морфия, может быть, в случае нужды, введена 3—4 раза); затем через 15—20 мин.—а если указанное выше впрыскивание вызовет само по себе смягчение болей, то даже через 1—2 ч.—роженнице ставят клизму из 0,6 бромистого хинина, 8,0 алкоголя, 70,0 эфира и 120,0 ol. olivatum; клизма эта ставится после предварительной очищающей клизмы, смесь вводится в rectum на высоту 12 сант., и после введения ее заднепроходное отверстие на некоторое время закрывается. Испробовав этот метод в 22 сл. родов, Schiffmann и Seyfert (Wiener kl. Woch., 1926, № 5) вынесли в общем от него благоприятное впечатление. Он не сопряжен ни с какими опасностями для матери и плода. При родах значительной длительности он, правда, не дает полного обезболивания, но оказывает хорошие услуги в конце периода раскрытия и во время периода изгнания.

В. Груздев.

276. *Профилактику эклампсии* H o c h e n b i c h l e r (Monat. f. G. u. G., Bd. 69, H. 3/4) рекомендует проводить при помощи освещения кварцевой лампой. Из 80 таким образом леченных случаев преэклампсии припадков не развилось ни в одном. Механизм действия этого способа Н. относит насчет повышения процессов окисления под влиянием ультрафиолетовых лучей, аналогично действию солнечного света (частота эклампсии в зимние месяцы, по автору, может зависеть именно от недостатка солнечных лучей). Вторым моментом в действии кварцевой лампы является ее влияние на задержку в организме кальция.

А. Т.

277. *Применение препаратов гипофиза в акушерстве.* После работы R u s k e r g a и H a s k e l l'я, предостерегающей против применения экстрактов гипофиза, была собрана анкета по данному вопросу, среди французских и швейцарских акушеров Baralles и Marten (Rev. franç. de gynecol. et d'obst., 1925, № 7/8) приводят ответы 47 французских акушеров, из которых только трое осуждают применение гипофизарных препаратов. Между прочим Couderl отмечает при них в 30% задержку оболочек, а Chirié наблюдал разрыв матки при ее склерозе. Chatillon (там же) приводит данные швейцарской анкеты на основании 71 ответа. В Швейцарии употребляют питугандоль и питуитрин. Чем препарат старше, тем слабее его действие. Первоначальная доза не должна быть больше 0,5, повторная доза через 45—60 м. может быть доведена до 1,0. Внутривенно вводится половинная доза. Как средство abortивное, питуитрин не действует. Наилучший эффект получается при родах после разрыва пузыря. Ригидность мягких частей, узкий таз, нормальные, совершенно отсутствующие или слишком сильные схватки, угрожающий разрыв матки, отсутствие вставления головки, неправильные положения плода, гипертензия, болезни почек и токсикозы следует считать противопоказаниями. Обычными показаниями служат случаи первичной или вторичной слабости маточных схваток. В качестве профилактического средства против атонических кровотечений некоторые акушеры вводят питуитрин уже во втором периоде родов, другие систематически применяют его непосредственно post partum. Многие заменяют эрготин питуитрином. При кесарском сечении питуитрин вводят прямо в маточную мускулатуру. Из осложнений при применении этого средства отмечены: разрыв маточной шейки, тетанус матки (15 сл., из которых 2 при внутривенном введении, остальные при подкожном введении слишком большой дозы в 1,0

сразу), разрывы матки (8 сл., причем в большинстве их имелись противопоказания для питуитрина). При правильном применении питуитрина опасности для детей нет. Равным образом и течение послеродового периода родов не нарушается. По мнению громадного большинства акушеров благоприятный эффект при применении экстрактов гипофиза является правилом, неудачи же—исключением.

А. Тимофеев.

278. *За расширение показаний к кесарскому сечению* высказывается G r a b i c h (Münch. med. Woch., 1925, № 41) на основании своих 300 случаев. Общая смертность матерей у него—2,3%, для 250 сл. узкого таза—1,7%. Общая смертность детей—7,7%, редуцированная—5,3%. Автор отдает предпочтение трансперитонеальному цервикальному методу перед экстрперитонеальным. Возможно более глубокое положение разреза на растянутой шейке, тщательное сшивание раны двойным швом, тщательное прикрытие раны мочевым пузырем и перитонизация являются, по его мнению, необходимыми условиями успеха. Лихорадочная ¹° sub recti не служит противопоказанием к операции, если общее состояние больной, ее вид, пульс вполне удовлетворительны, а желание иметь ребенка очень сильно.

А. Тимофеев.

279. *Послеродовой сепсис.* В специальном заседании в Поганьсбурге (Трансвааль) вопросам послеродовой инфекции посвящен был ряд докладов (Med. Journ. of South Africa, 1925, № 10). Разбирая этиологию пуэрперального сепсиса. M a x w e l l главной причиной инфекции считает загрязнение со стороны малоподготовленных акушерок. Автор не думает, чтобы инфекция здоровой роженицы могла быть вызвана кишечными палочками из прямой кишки роженицы, но он допускает аутоинфекцию гэматогенным путем из загложих очагов воспаления, напр., в трубах, в среднем ухе и т. п. M c. G i b b o n исследованиями крови мог показать, что стерильная кровь у послеродовой (или абортной) больной нередко переполняется микробами после внутриматочного вмешательства. Источниками инфекции он считает влагалищное исследование, а также ручное отделение последа—в особенности, если рука вводилась в матку неоднократно. В противоположность M a x w e l l'у этот автор думает, что загрязнение наружных половых частей кишечной палочкой тоже угрожает серьезной опасностью роженице. Роды патологические, в особенности с оперативным вмешательством, а также у перворожающих, особенно опасны в смысле инфекции. A b e l h e i m на основании 30-летнего опыта дает указания относительно терапии пуэрперальных болезней. При инфекции все швы должны быть сняты, и раны тампонированы подоформным газом. Хинин, эрготин, питуитрин. Спринцевания в первое время исключаются. Полезно вставить в матку резиновый дренаж. Автор предостерегает против выскабливания при пуэрперальном эндометрите. При задержке частей плаценты лечение консервативное—хинин, эрготин, резиновый дренаж; при сильном кровотечении—ежедневно подоформная тампонада, и, если температура в течение 7 дней нормальна,—удаление остатков щипцами. При сепсисе А. советует вводить по 50 к. с. поливалентной стрептококковой сыворотки три дня подряд; применяются также электраргол (5 к. с. внутривенно) и искусственные абсцессы при помощи 2—5 к. с. скипидара. S c h a b o r t профилактику сепсиса проводит по Z w e i f e l'ю—спринцеваниями ¹/₂% молочной кислоты, антистрептококковой сывороткой и вакциной. Гоноррею надо лечить sub graviditate, т. к. она способствует росту гноеродных микробов. Coitus в последние месяцы беременности запрещается. Влагалищное исследование ограничивается. Акушерки и врачи должны проводить принцип неинфекции своих рук.

А. Тимофеев.

280. *К профилактике послеродовых заболеваний.* F l e i s c h e r (Therapia, Budapest, 1925, № 7) рекомендует для этой цели следующие меры: возможно дольше сохранять плодный пузырь, лучше всего при помощи приемов морфия; искусственный разрыв пузыря—только при placenta praevia и hydramnion'e; покойное положение в первом периоде родов, достигаемое тоже при помощи морфия; в периоде изгнания—хинин; послеродовый период вести выжидательно; перед ручным выделением плода—испробовать способ G a b a s t o n'a (наполнение плаценты соевым раствором через сосуды пуговины); после длительных или оперативно законченных родов в течение 1-го дня р. п. профилактически давать хинин по 0,2-5 раз; имеющиеся раны (разрывы) смазывать иодом или 1:1000 риванолом; при задержке оболочек и лихорадке активных внутриматочных вмешательств не предпринимать.

А. Тимофеев.