

эклампсии *post partum* автор ставит в связь с внезапным выпадением функции плаценты. Влияние маточных схваток на появление новых припадков невелико; наоборот, припадки, раздражая матку, вызывают ее сокращения, что обуславливает более быстрое течение родов при эклампсии. Припадки вредно отражаются на всем организме, в особенности на центральной нервной системе, почках, печени и сердце, причем опасность увеличивается с числом припадков. При лечении эклампсии автор высказывается за консервативный образ действия, задачей которого являются прекращение припадков и борьба с их последствиями. В интересах матери — прекратить припадки до родов, что достигается хорошим уходом, устранением всяких раздражений, применением наркотических средств и кровопусканиями. Последние производятся при контроле пульса и кровяного давления, причем падение давления должно побуждать к скорейшему применению возбуждающих. Благоприятное действие активного родоразрешения при эклампсии автор объясняет влиянием наркоза и потери крови, а потому считает, что активный образ действия должен применяться лишь в интересах плода. Как профилактические меры при угрожающей эклампсии, S. рекомендует постельное содержание, введение воды и бессолевую диету; при непосредственной опасности припадков показаются наркотики и кровопускания.

А. Тимофеев.

377. *Лечение эклампсии.* Becker (Med. Klin., 1926, № 29; по Ber. d. d. g. Gyn., Bd. XI, H. 8), исходя из теории Zangemeister'a, что в основе экламптических судорог лежит отек мозга, главным моментом терапии эклампсии считает обезвоживание организма. Его профилактическое лечение заключается в сухой, бессолевой диете, в движениях на свежем воздухе, применении 0,05 камфоры 3 раза в день и *mixtura diuretica*. При этом происходит повышение диуреза, улучшается моча, и кровяное давление падает. Rubel (Southern m. Journ., 1925, № 8) при лечении э. предпочитает консервативные методы, по возможности также ограничивая применение хлороформа и заменяя его окисью азота, с каковым наркозом и продлеваются все манипуляции с больной. По опорожнении мочевого пузыря и очистительной мыльной клизмы производится промывание толстых кишок 18 литрами 5% Na bicarbonici, причем к последнему литру прибавляют небольшое количество насыщенного раствора сернокислой магнезии. Затем следует промывание желудка 4 л. литрами такого же раствора. После этого больная в течение 20—30 м. согревается электрическими согревательными подушками. Если кровяное давление выше 150 мм., делается кровопускание в 500—1000 куб. с. крови с последующим вливанием 500 куб. с. 20% раствора глюкозы. Если есть судороги, а кровяное давление невысоко, вводит морфий в 2 куб. с. 25% раствора сернокислой магнезии через каждые 3 часа до прекращения судорог. Полезно также сделать поясничный прокол. Кесарское сечение автор считает показанным лишь в особо тяжелых случаях. Питравенозные вливания сернокислой магнезии при эклампсии рекомендуют также Mc Neile, Lyle и Vruwink (Journ. of Amer. Med. Ass., 1926, № 4). Если давление крови выше 150 мм., рекомендуется вводить через час по 20 куб. с. 10% раствора магнезии до прекращения припадков. Коматозные больные получают 1,3 хлоралгидрата и 4,0 бромистого натра в клизме. Применяется также вдыхание кислорода после каждого припадка. Искусственное раздражение производится лишь в периоде изгнания, если инъекции магнезии не помогают. При такой терапии смертность с 36% (! Реф.) упала до 14,8%. Особенное значение своему методу авторы придают, как методу профилактическому, при лечении преэкламптических состояний.

А. Тимофеев.

378. *Гормональная терапия в акушерстве.* Hofstätter (Wien. m. W., 1926, № 46) в 1909 году ввел в акушерскую практику питуитрин, который вскоре завоевал себе широкий круг применения. Однако, благодаря нередким случаям неправильного применения, средство это в глазах многих дискредитировано. Детализируя показания к применению этого препарата, автор указывает на полезность малых доз его (0,25 ссм.) при асфиксии новорожденных после того, как дыхательные пути очищены для прохождения воздуха. Полезно его применение также при *ischuria paradoxa* и при атонических состояниях мочевого пузыря при беременности и после родов. Очень хорошо он действует и при послеоперационных параличах кишечника, благотворно влияя также на слабость сердца. В качестве *lactagogum* питуитрин непригоден. Равным образом не действует он и как abortivum, хотя уже начавшийся аборт может быть при помощи его ускорен. Противопоказания — артериосклероз, декомпенсация сердца, гипертония. Наоборот, при нефрите и анурии автор видел от него хорошие результаты. Плацентарный липоид в качестве сокра-

щающего матку средства действует ненадежно, но является действительным lactagogum, причем здесь действие его сводится к „Reiztherapie“. Есть основания думать, что с помощью плацентарного липоида можно прервать беременность. При токсикозах беременности хорошо действует яичниковый гормон, вероятно, парализуя sympathicus. При остеомалиции уместна адреналиновая терапия по Bossi (2 раза в день 0,5 см. 1⁰/₀ адреналина через каждые 10 дней). При тетании пробуют экстракты из эпителиальных телен. А. Т.

379. *Рентгеногенная микроцефалия.* Zappert (Arch. f. Kinderheil., Bd. 80, II. 1) собрал из литературы 20 случаев, где лечение беременных женщин х-лучами вело к рождению микроцефалов, нередко с признаками монголизма, зрительными расстройствами и пр. В виду этого он считает лечение беременных женщин рентгеновскими лучами допустимым лишь при наличии строжайших показаний. Р.

380. *Этиологическое значение обвития пуповины вокруг шейки плода при возникновении разогнутых предлежаний* изучал Harsting (по Berich. u. d. ges. Gyn., Bd. XI, N 5/6) на материале в 22.922 родов в Кюенгагене и нашел, что при разогнутых предлежаниях эта аномалия пуповины встречается не чаще, чем при затылочных предлежаниях, а именно, при передне-черепных—в 19,6⁰/₀, при лобных—в 22,2¹/₄, при лицевых—в 20,3³/₀, тогда как при затылочных—в 22,1¹/₀. Многократное обвитие пуповины вокруг шейки при разогнутых предлежаниях встречается тоже не чаще, чем при затылочных. Наконец, что касается длины пуповины в случаях обвития ее при разогнутых предлежаниях, то она оказалась не короче, чем при затылочных предлежаниях. Эти исследования показывают, что обвитие пуповины вокруг шейки плода никакой роли в образовании разогнутых предлежаний не играет. А. Тимофеев.

381. *Комбинация маточной и внематочной беременности.* Novak (Surg., gyn. u. obst., № 1, 1926) собрал из литературы 276 случаев этого рода, присоединив к ним 2 собственных наблюдения. Клинически здесь можно различать две группы. В ранних стадиях обыкновенно сначала проявляется эктопическая беременность, вследствие признаков ее прерывания, маточная же беременность открывается во время операции или позднее. Если же в ранних стадиях не происходит никаких осложнений со стороны эктопической беременности, и она доходит до второй половины, диагноз нередко ставится, как нормальная маточная беременность. Очень редко в подобных случаях оба плода доношиваются до конца: на 276 случаев лишь в 9 оба плода явились на свет живыми. По отношению к внематочной беременности автор высказывается за немедленное оперативное вмешательство. Только для случаев, достигших конца беременности, он допускает выжидание до появления первых схваток, после чего рекомендует приступить к удалению обоих плодов путем чревосечения. А. Т.

382. *Роды после кесарского сечения.* Wille (Zeit. f. G. u. Gyn., Bd. 90, 1926) приводит статистику клиники Charité с 1910 по 1925 г. На 28.917 родов кесарское сечение сделано 357 раз (1,2⁰/₀). Смертность равнялась 1,4⁰/₀. Последующая беременность наступила 118 раз, причем каких-либо осложнений во время ее не наблюдалось. Большинство из этих беременных было разрешено при помощи повторного кесарского сечения, причем у 49 женщин оно было по счету вторым, у 19—третьим и у 1—четвертым. Самостоятельно роды совершились у 19 больных, причем средняя продолжительность их равнялась 21 часу. 16 больных родили per vias naturales, но с помощью акушерских операций (5 раз—щипцы, 5 раз—поворот, 2 раза—экстракция за тазовый конец, 1 раз—перфорация); средняя продолжительность родов у этой группы больных была 24 часа. Разрывы в области рубца после бывшей операции наблюдались 4 раза—2 раза разрывы произошли произвольно и дважды—во время акушерских операций (1 раз при производстве поворота и 1 раз при placenta praevia в момент введения метрейринтера). В качестве момента, ведущего к слабости рубца, автор большое значение придает разрастанию в области его рубца маточных желез. Для уменьшения опасности последующих разрывов матки он рекомендует пользоваться при производстве кесарского сечения глубоким цервикальным разрезом и выполнять следующие требования: 1) производить операцию по строгим показаниям с исключением инфицированных случаев; 2) избегать побочных разрывов разреза, дабы сохранить края его гладкими; 3) тщательно соединять края разреза без захватывания слизистой; 4) тщательно перитонизировать зашитую рану; 5) употреблять катгут в качестве лигатурного материала. В случае происшедшего разрыва терапия должна состоять в немедленной полной экстирпации матки путем лапаротомии. А. Тимофеев.