

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 женщины рентгеновскими лучами допустимым лишь при наличии строжайших показаний. Р.

380. *Этиологическое значение обвития пуповины вокруг шейки плода при возникновении разогнутых предлежаний* изучал Harsting (по Bericht. ii. 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 22,2¹/₀, 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 приступать 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 плаценте 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.