

тонким хирургическим пинцетом у своей вершины, через него проводится спереди назад сильно изогнутая роговичная игла, снабженная тонкой, черной шелковой нитью и зажатая в иглодержатель в обратном направлении (от себя), затем раневая губа конъюнктивы, которая почти всегда отходит кзади, захватывается пинцетом на точно противоположном месте, немного вытягивается вперед, и через нее окончательно проводится игла. Кусок нити, лежащий между губами раны, вытягивается в виде петли в одну сторону и кладется на конъюнктиву яблока, причем концы нити предварительно завязываются узлом—так, чтобы по окончании экстракции линзы сразу можно было завязать шов. При операциях катаракты вне капсулы Е. считает излишним как предварительный, так и последующий шов. Преимущество швов выявляется особенно в тех случаях, когда можно ожидать неправильного хода экстракции, напр. при миопических, сильно выступающих глазах, у очень беспокойных больных, а также у стариков с бронхитом или гипертрофией простаты. Инцизия корня радужки по Pflüger-Hess'y может быть предпринята Weske'овскими ножницами вплотную около шва; удаление катарактальных масс производится через боковые части раны, как и вправление радужки. Наложение дополнительных швов по бокам Е. считает необходимым лишь в редких случаях выпадения стекловидного тела. Во всех случаях подвывиха или вывиха линзы, при которых выпадение стекловидного тела угрожает сразу уже после лоскутного разреза, он рекомендует наложение шва Liegard'a таким образом: накладывается уздечковый шов через rectus superior, глазное яблоко фиксируется фиксационным пинцетом и отводится при операции на левом глазу—медиально, при операции на правом—латерально, концы черной шелковой нити вдеваются в две тончайших иглы, и одна из них проводится вплотную у верхнего края роговицы, в области краевого петлистого сплетения, в горизонтальном направлении, на 2 мм. в ширину, через поверхностные пластинки роговицы, а другая—на 3 мм. выше лимба параллельно первому шву через конъюнктиву—эписклеру, несколько больше в ширину; петля нити между обоими местами прикрепления остается лежать на глазном яблоке, концы нити провизорно завязываются; затем следует обычный лоскутный разрез и дальнейшие акты экстракции. По окончании операции шов завязывается, причем сильного затягивания его нужно избегать, во избежание искривления роговицы. Если стекловидное тело лежит в ране, то с обеих сторон накладывают еще по одному конъюнктивальному шву. Конъюнктивальный шов, наложенный первым способом, должен оставаться неделю и только у более спокойных больных удаляется на 5-й или 6-й день, роговичный же шов может быть снят после 3—4 дней.

*Е. Волженский.*

### *ж) Акушерство и гинекология.*

583. *Базедова болезнь и беременность.* Jülich (Med. Klin., 1925, № 25) пытается дать ответ на весьма важные для практического врача вопросы, как влияет беременность на базедову болезнь, и является ли последняя показанием для производства аборта. Эти вопросы до сих пор остаются еще спорными, почему наблюдавшиеся J. два случая являются очень поучительными. У первой больной в самом начале беременности развилась базедова болезнь, у второй беременность вызвала рецидив бывшей несколько лет тому назад и оперированной базедовой болезни. Оба случая протекали очень тяжело и потребовали искусственного прекращения беременности. Последнее у обеих больных оказало очень благоприятное влияние на течение базедовой болезни и вызвало значительное улучшение как субъективных, так и объективных явлений.

*Л. Ратнер.*

584. *Лечение михорадающего аборта* Torre Blanco (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X, N. 13) проводит активно, в особенности, если инфекция ограничивается полостью матки. Ручное удаление остатков плодного яйца автор считает таким же опасным приемом, как, напр., выдавливание фурункула или карбункула. От расширения шейки при помощи дилаторов в случаях септического аборта следует отказаться и в случае нужды прибегать к hysterotomia anterior. После инструментального выскабливания матки полость ее должна быть смазана йодом. Промываний ее после выскабливания делать не следует.

*А. Т.*

585. *Применение для уменьшения прижатию вышедшей пуповины.* Ruiz Contreras (Zentr. f. Gyn., 1926, № 37) рекомендует, после вправления вышедшей петли пуповины, в тех случаях, когда немедленная экстракция плода невозможна или опасна, вкладывать между стенкой таза и подлежащей частью марлевой валик