

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 противолежащем месте, немного оттягивается 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 неспокойных больных, а также у стариков с бронхитом или гипертрофией простаты. Инцизия корня радужки по Pflüger-Hess'у может быть предпринята Wecke говскими 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 подвыиха или вывиха линзы, при которых выпадение стекловидного тела угрожает сразу уже после лоскутного разреза, он рекомендует наложение шва Liegag'a таким образом: накладывается узелковый 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 точайших 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—эпиклеру, несколько больше в ширину; петля нити между обоями 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 удается на 5-й или 6-й день, роговичный же шов может быть снят после 3—4 дней.

E. 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 являются ли последняя показанием для производства абортов. 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 оказалось очень благоприятное влияние на течение базедовой болезни и вызвало значительное улучшение как субъективных, так и объективных явлений.

Л. Ратнер.

584. Лечение лихорадящего аборта Torre Blanco (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X, II. 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 дилататоров в случаях септического аборта следует отказаться и в случае нужды прибегать к hysterotomia anterior. После инструментального выскабливания матки полость ее должна быть смазана иодом. Промываний ее после выскабливания делать не следует.

А. Т.

585. Прием для уменьшения прижатия выпавшей пуповины. Ruiz Conteros (Zentr. f. Gyn., 1926, № 37) рекомендует, после вправления выпавшей петли пуповины, в тех случаях, когда немедленная экстракция плода невозможна или опасна, вкладывать между стенкой таза и предлежащей частью марлевый валик

толщиной в 3 сант. и длиною в 20 сант. В некоторых случаях приходится вкладывать 2 валика—один спереди, другой сзади. Концы валиков должны быть продвинуты выше тазового входа. Валики эти принимают на себя все давление предлежащей части, так что пуповина не сдавливается, и кровообращение в ней не нарушается. Пользуясь этим приемом уже много лет, автор всегда получал благоприятные результаты.

E. Заболотская.

586. *Этиология и терапия атонии матки.* Haselhorst (D. m. Woch., 1926, № 18) систематизирует причины этой аномалии следующим образом: конституциональные аномалии, пороки развития матки, заболевания последней, нарушающие иннервации, расстройства со стороны известной группы эндокринных желез, далее—причины, в основе которых лежат особенности беременности, напр., растяжение маточной мышцы при многоводии, при многоплодии или слишком обемистом плоде. На первом месте в этиологическом отношении стоят аномалии родового акта. Слишком быстрые самостоятельные роды редко ведут к атонии, т. к. вызывающие их сильные схватки обычно сохраняются и дальше. Другое дело быстрое искусственное окончание родов при слабых схватках,—здесь матка должна быстро достигнуть максимального сокращения, чего сделать она не в состоянии. Слишком длительные роды при хорошей потужной деятельности могут также привести к утомлению маточной мышцы. В качестве причин, вызывающих атонические кровотечения, обыкновенно указываются, далее, аномалии прикрепления плаценты, глубокий наркоз во время родов и погрепости в технике ведения родов. Для терапии большое значение имеет профилактика, сводящаяся главным образом к правильному ведению родов и к предупреждению слишком раннего и частого применения средств, сокращающих матку. При атонических кровотечениях после рождения плода главную роль в терапии должны играть препараты гипофиза. Хорошими средствами при атонии являются также массаж, горячие и холодные души вперемежку, наливание плаценты по Gabastonу, прижатие аорты, тампонада, зажатие параметриев по Непке Гю. Экстирпация матки необходима при placenta accreta. Кровотечение при хорошо сократившейся матке указывает на разрывы, которые должны быть немедленно зашиты.

A. Тимофеев.

587. *К вопросу о разрывах матки после кесарского сечения.* Чтобы выяснить экспериментально вопрос о том, какие условия благоприятствуют разрыву матки при родах у женщин, перенесших ранее операцию кесарского сечения, Laskneg (Sugr. gyn. a. obst., 1926, № 1) произвел ряд опытов на 32 козах, у которых матка разрезывалась в том или ином направлении (продольном или поперечном), разрез зашивался разным материалом, и затем крепость маточной стенки в зашитом месте испытывалась, путем постепенной нагрузки, на разрываемость. Оказалось, что продольно разрезанные матки разрывались при нагрузке в 18, 20 и 35 ф., поперечно разрезанные—при нагрузке в 21, 28 и 30 ф.; разрезы, запитые иодистым катгутом, требовали для разрыва нагрузки в 25,3 ф. на кв. дюйм, зашитые хромовым катгутом—26,3 ф., а зашитые простым катгутом—32 ф.

M. Чалусов.

588. *Применение интравенозных инъекций питутилландола с диагностической и терапевтической целью.* Zorn (Zentr. f. G., 1926, № 20) проверил предложенный Boehmом метод дифференциальной диагностики брюшных опухолей и беременности при помощи внутривенных инъекций питутилландола, которые при наличии беременности всегда вызывают ясные схватки. Автор нашел, что питутилландол в дозе 0,25 куб. с. через  $\frac{1}{2}$ —1 мин. вызывает схватки беременной матки, тем более резко выраженные, чем ближе беременность к концу. Сердечная деятельность плода замедляется при этом до 100—60 ударов в минуту. При ранней беременности внутривенным введением 1,0 питутилландола удается вызвать сокращения и тем самым точно установить диагноз беременности. Отсутствие сокращений говорит за миому и против беременности. При опорожнении матки при аборте инъекции питутилландола уменьшают кровотечение и облегчают удаление плаценты. Вполне пригодны эти инъекции в конце периода изгнания, в последовом периоде и при атонии, в частности при кесарском сечении. На основании теоретических соображений автор предлагает этот метод для лечения разрывов матки с выходием плода в брюшную полость независимо от того, последует ли затем немедленная операция, или нет.

A. Тимофеев.

589. *Прогностическое значение картины крови при раже матки лучистой энергией* изучал Holl (Arch. f. G., Bd. 127, N. 2/3) и нашел, что