

вается нарушающий цикл изменений в яичнике. Вместе с тем, быстро останавливается и кровотечение, вследствие замены вызывающего маточное кровотечение гормона фолликула задерживающим последнее гормоном желтого тела.

П. Маненков.

Hofbauer в своей статье „Гепатопатия беременных и патогенез эклампсии“ (Zentrbl. f. Gyn. 1933, № 1, стр. 35) признает, что спорный вопрос о печени беременных (гепатопатии) во второй половине беременности окончательно решен в положительном смысле. Это состояние печени выявляется в нарушении ее функции в результате диффузного повреждения печеночной паренхимы. Пользуясь для обнаружения данного страдания печени функциональной пробой V. Bergmann'a, в основе которой лежит контроль за способностью печени выделять билирубин при билирубиновой нагрузке организма, а из 20 случ. второй половины беременности в 17 случ. наел функцию печени нарушенной, в то время как в первой половине беременности она была нормальной. По мнению а., гепатопатия беременных тесно связана с проблемой эклампсии и дает представление о патогенезе последней. В статье приведено достаточно данных для того, чтобы считать симптомы эклампсии результатом накопления в организме во второй половине беременности гормонов задней доли гипофиза, вследствие, с одной стороны, гиперфункции гипофиза, а с другой — недостаточности печени в нейтрализации этих гормонов. При таком представлении о патогенезе эклампсии, профилактики и лечение последней имеют целью, с одной стороны, усилить распад гормона задней доли гипофиза и его выделение, с другой же стороны уберечь печень от вредных воздействий.

П. Маненков.

*Кровотечения из полости тела матки у старух.* Wolfhart Schulz (Zbl. d. Gyn., 1933, № 32, S. 1890) в докладе на заседании северовосточного общества германских гинекологов указал, что не всегда старческие кровотечения, из матки обуславливаются карциномой. Причиной большей половины всех случаев кровотечений у старух являлись некротические процессы в эндометрии; в 10% случ. — гиперпластические изменения слизистой; в 15% сл. — слизистые полипы и только в 10% — рак.

П. Маненков.

*Следует ли отказаться от надвлагалищной ампутации матки из-за возможности появления рака культи.* Проф. Herold (Zbl. f. Gyn., 1933, № 2), на основании статистики в 12273 надвлагалищных ампутаций, полагает, что нет никаких оснований к замене технически простой и прогностически благоприятной операции надвлагалищной ампутации матки операцией полного удаления последней. Частота поражения культи раком составляет всего 0,65% всех случаев ампутации матки.

П. Маненков.

*Вторичный шов при послеоперационных нагноениях брюшной стенки.* Springer (Zbl. f. Gyn., 1933, № 31) рекомендует при нагноениях в области лапаротомной раны применять Villa'говский вторичный шов. Техника его такова: под легким эфирным наркозом раскрывается рана на протяжении всей области нагноения; раневая поверхность основательно очищается перекисью водорода, причем прочно держащиеся отложения удаляются при помощи туффера; затем рана послойно соединяется узловатыми швами (на кожу — узловатый шелковый шов, а не связки); остановка кровотечения производится при этом путем обкалывания; повязка состоит из сухой гигроскопической марли; швы удаляются на 6—7 день. В случае успеха получается рубец, ничем не отличающийся от рубца при первичном зашивании. При неудаче вторичного шва можно его повторить, или — вести рану обычно, сближая края раны пластырем. А. получил успех в 2/3 случаев наложения вторичного шва. Неудачи наблюдались в случаях распространенного некроза тканей раны.

П. Маненков.

*Резекция n. praesacralis в гинекологии.* Проф. Cotte (Zentr. f. Gyn., 1933), в двух статьях излагает показания, результаты и технику предложенной им и выполненной в 1924 г. операции — резекции симпатического сплетения в области бифуркации аорты (plex. hypogastricus sup., или n. praesacralis франц. аа.). Им произведено с успехом свыше 200 таких операций. А. считает показанной эту операцию 1) в некоторых случаях сильных невралгических болей при иноперабельных и рецидивирующих раках шейки матки, а именно там, где инфильтратом не сдавлены спинальные нервы; 2) преимущественно при функциональных заболеваниях полового аппарата, сопровождающихся болями (эссенциальная дисменоррея, вагинизм, тазовые невралгии без заметных органических изменений), вазомоторными, чувствительными и секреторными расстройствами (эссен-