

187. Консервативное лечение при беременности пропагандирует L. и B. G. (Lyon med., 1927, № 16) ситативный метод операции выбора лапаротомии. Во многих случаях приходится удалять матку, причем рожают женщины и число детей у нее не так велико, как в выборе операции. Если при трубном аборте видно великое повреждение, трубу можно в некоторых случаях после инвазивации ступенькой и тщательной остановки кровотечения. Сильно расширенная и разорванная труба, как равно и влагалищная инфекция, не позволяют провести такого консервативного образа действия. При двусторонней ампутации следует осторожно выдвинуть матку после разреза фимбриального конца трубы, протодать затем реконструировать. При беременности в средней трети трубы протодается прибегать к ее резекции. После удаления трубы яичник, по возможности, следует сохранять на месте. А. Т.

188. Кесарское сечение по методу Portes'a. Ph. Portes (Surg. gynecol. obstet., v. 44) описывает технику операции и устанавливает показания к ней. Через лапаротомный разрез матка вывлекается из брюшной полости, и брюшная рана немедленно и тщательно зашивается. После этого следует опорожнение матки, которая таким образом остается лежать вне брюшной полости. Через 1—2 мес. по миновании всех явлений инфекции, делается реланаротомия, и матка погружается на место в брюшную полость, или, в крайнем случае, ампутируется супривагинально. Автор считает эту операцию показанной 1) при инфекции матки и живом плоде, 2) при инфекции матки и мертвом плоде, если влагалищная операция является невозможной или опасной, 3) при мертвом плоде, когда влагалищная операция угрожает перфорацией матки, 4) взамен операции Ротге при тяжелой инфекции матки и с целью огнестой ампутиацию матки к тому времени, когда больная оправится от шока. Автор, помимо своего удачного случая, приводит 16 случаев французской литературы, из коих 2 окончились летально. Одна женщина через 2 года после операции Portes'a вновь забеременела и была благополучно разрешена при помощи кесарского сечения. А. Тимофеев.

189. Лечение послеродовой инфекции внутривенными инъекциями антистрептококковой сыворотки рекомендует Jones (по Ber. n. d. ges. Bun., Bd. XII), подчеркивающий, что лечение должно начинаться возможно раньше и проводиться при помощи больших доз. Техника состоит в том, что больной вводится 500 к. с. физиологического раствора соли с адреналином в течение 1 1/2 час., и к этому раствору постепенно прибавляется антистрептококковая сыворотка. Вначале прибавляют одну каплю последнюю; затем, после введения 100 к. с. раствора, в течение следующих 15 минут добавляют, по 1 к. с., 10 к. с. сыворотки; наконец, постепенно в остающийся раствор добавляют еще около 100 к. с. сыворотки, усиливая таким образом постепенно ее содержание в растворе NaCl. Таким путем, в конце всего удается избежать явления анафилактики. А. Тимофеев.

190. Лечение воспалительных заболеваний маточных придатков Вагг (Med. Klin., № 20) сообщает о принципах лечения воспалительных заболеваний придатков, принятых в клинике Ranko's. Помимо физиотрических методов лечения, как лед, тепло, свет, диатермия, особое внимание уделяется здесь протейнотерапии (терпихли, казеозин, повопротин и пр.), от которой особых результатов, впрочем, не получается. При гонорройных заболеваниях рекомендуется смешанная вакцина (b. coli, стрепто — и стафилококки). Рентгенотерапия особенно пригодна при туберкулезных, а также гонорройных поражениях. В острых случаях операции никогда не применяются, в хронических случаях, когда консервативное лечение остается без результата, применяется всегда радикальная операция, независимо от возраста больной. Whitehouse (по Ber. n. d. ges. G., Bd. XII) при операциях по поводу острых сальпингитов получил 75% смертности, а потому полагает, что в острых случаях этой болезни операция показана лишь при развитии общего перитонита или при наличии гноя, причем лучшим и наиболее простым вмешательством является влагалищный разрез с дренажем. C. G. L. (ibid.), полагает, что гонкокки в верхних отделах полового канала могут жить лишь короткое время при лечении гонорройных поражений придатков производится консервативного образа действий и получает 90% излечений. Воitto (ibid.), наоборот, является сторонником активной терапии даже при острых гонорройных сальпингитах и приступает к операции, как только прекратится лихорадка. Оперативное вмешательство может заключаться в дренаже, сальпингитомии или сальпингосомии. Эту последнюю В. считает операцией выбора, т. к. с созданием сообщения трубы с наружным воздухом устраняется возможность образования интрасальпинкса, и достигается немедленное обратное развитие воспалительного процесса. А. Т.