

75. O. C. Ludlow. The Use of Electricity in Midwifery (New-York Medical Journal, 1893: January 14). О примѣненіи электричества въ акушерствѣ.

Авторъ говоритъ только о фарадическомъ токъ, и рассматриваетъ его тройкое дѣйствіе на беременную: 1) успокаивающее дѣйствіе на общую нервную систему, 2) возбужденіе мышечныхъ сокращеній, 3) способность фарадизаціи предупреждать и останавливать маточныя кровотеченія. Фарадическій токъ весьма полезенъ тогда, когда хлороформъ, хлораль-гидратъ или морфинъ болѣе непримѣнимы, вслѣдствіе идіосинкразіи или слабости больной, вслѣдствіе достиженія максимальныхъ дозъ этихъ лѣкарствъ безъ надлежащаго эффекта, наконецъ, когда всякое внутреннее средство извергается рвотой. Успокаивая общую нервную раздражительность, фарадизація, въ противоположность поименованнымъ внутреннимъ средствамъ, не задерживаетъ хода родового акта, не расслабляетъ матки, а вызываетъ, наоборотъ, болѣе могучія и дѣйствительныя маточныя сокращенія. Съ успокаивающей цѣлью фарадическій токъ долженъ дѣйствовать непрерывно въ теченіе 10—15 минутъ, и быть средней силы, чтобы роженица не ощущала никакой боли. Еще болѣе вѣрной и постоянной, чѣмъ успокаивающее дѣйствіе, представляется способность фарадического тока усиливать и возбуждать маточныя сокращенія, поэтому онъ показуется во всѣхъ случаяхъ слабости родовой дѣятельности, недостаточной для изгнанія плода: фарадизація дѣлаетъ потуги менѣе частыми, но болѣе могучими и дѣйствительными. Дѣйствіе эрготина медленно и трудно дозируемо; фарадизація же дѣйствуетъ моментально и можетъ быть самымъ точнымъ образомъ дозирована, причемъ продолжительность дѣйствія равняется времени ея примѣненія, безъ всякихъ послѣдствій. Эрготинъ вызываетъ спазматическія сокращенія матки, истощающія мать и опасныя для плода; фарадизація же производитъ ритмическія сокращенія съ интервалами, соответствующія натуральнымъ потугамъ. Наконецъ, фарадизація оказываетъ незамѣнимыя услуги при умѣренныхъ послѣродовыхъ кровотеченияхъ. Что касается способа примѣненія фарадизаціи, то положительный электродъ въ видѣ покрытой гигроскопической бумажной матеріей мѣдной пластинки, прикрѣпляется къ крестцово-поясничной области поясомъ или биндажемъ, а отрицательный электродъ въ видѣ насаженной на ручку плоской губки прикладывается къ животу. Необходимо принимать во вниманіе, чтобы электрическій токъ не проходилъ какъ разъ чрезъ головку плода.

В. Каплянскій.

76. Д. С. Щеткинъ. Инструментъ для просверливанія головки плода. (Медиц. Обозр. 1893. № 3).

Признавая копьевидный перфораторъ *Blot* довольно цѣлесообразнымъ инструментомъ, авторъ однако на основаніи личнаго опыта и теоретическихъ рассужденій находитъ излишнюю способность его раскрываться; разрушить содержимое черепа гораздо удобнѣе длиннымъ корнцангомъ, а увеличивать отверстіе въ черепѣ раздвиганіемъ вѣтвей пѣты нужды, такъ какъ отверстіе и безъ упомянутого акта является достаточно большимъ,

какъ для удаленія мозга, такъ и для введенія внутренней ложки кранио-класта. Поэтому авторъ видоизмѣнилъ инструментъ такимъ образомъ, что длина его осталась прежнею, но онъ не раскрывается, а состоитъ изъ цѣльнаго куска стали съ металлической ручкой. Конецъ инструмента острый, грани отточены такъ, что онъ при осторожномъ употребленіи не рѣзаетъ, отростки сдѣланы въ 1 см. длины. Самая широкая часть копы равняется 19 mill.; по вѣсу онъ легче перфоратора *Blot*. Съ точки зрѣнія антисептики и удобства чистки онъ превосходитъ послѣдній, а тѣмъ болѣе трепановидные прободники. Инструментъ свой авторъ называетъ «черепосвердлитель» и, какъ показываетъ названіе, отверстіе въ черепѣ производится не колющими движеніями инструмента, а сверлящими, т. е. роторными движеніями вокругъ продольной оси инструмента.

Ф. Краснопольскій.

**77. В. Жемчужниковъ. Случай долговременнаго задержанія головки плода въ полости матки послѣ декапитаци.** (Прот. зас. акуш.-гинеко. общ. въ Кіевѣ; годъ 5-ый, томъ 5-ый. Вып. 9 и 10).

Авторъ приводитъ подробную исторію больной, страдающей опухолью, исходящею изъ области крестцовой кости, величиною съ дѣтскую голову, плотной фиброзной консистенціи, на столько сѣзвившей передне-задній размѣръ таза, что послѣдній равнялся едва 2—2½ см. Въ силу такого сѣзженія, при 6-ыхъ родахъ послѣдующая головка не могла быть извлечена, и, послѣ декапитаци, оставлена въ полости матки; спустя три мѣсяца, больная поступила въ клинику проф. Рейка, причѣмъ въ продолженіи этого времени кости черепа задержанной головки произвольно выдѣлялись, что сопровождалось лихорадочнымъ состояніемъ.

Пособіе оказанное больной, состояло въ удаленіи не успѣвшихъ элиминироваться костей (2 темянныя, части лобныхъ и часть верхнечелюстной), причѣмъ одна изъ поименованныхъ костей продырявила переднюю стѣнку маточной шейки и на половину торчала изъ влагалищнаго свода.

Къ статьѣ приложены рисунки, поясняющіе отношеніе органовъ таза, а также изображающіе черепныя кости, какъ произвольно элиминировавшіяся, такъ и удаленныя въ клиникѣ.

Ф. Краснопольскій.

**78. М. Розенгартъ. Нѣкоторыя литературныя данныя къ вопросу о брахіотоміи при брѣфотоміи.** (Прот. засѣд. акуш.-гинеко. общ. въ Кіевѣ. Годъ 5, томъ 5. Вып. 9 и 10).

Разсмотрѣвъ литературу даннаго вопроса, авторъ пришелъ къ слѣд. выводамъ:

1. При запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ съ выпаденіемъ ручки нѣтъ достаточныхъ основаній для предварительнаго вылушенія выпавшей ручки.
2. Послѣдовательная брахіотомія послѣ декапитаци для прохожденія туповища также не имѣетъ достаточныхъ основаній.
3. При мертвомъ плодѣ и при сильныхъ степеняхъ сѣзженія таза, или