

отравленія. Чтобы избѣжать этого, авторъ придумалъ свой довольно остроумный способъ. Онъ беретъ рыхлый пузырь и, тщательно обезжиривъ и обеззараживъ его, надѣваетъ его въ видѣ кондона черезъ маточный бужъ, который въ такомъ видѣ осторожно вводится въ полость матки. Послѣ этого въ кондонъ вливается около 100 к. сант. глицерина. При этомъ глицеринъ путемъ осмоса высасываетъ значительное количество влаги изъ ткани, самъ же всасывается только въ минимальныхъ количествахъ. Авторъ испробовалъ этотъ способъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ съ отличнѣйшимъ результатомъ; для контроля онъ производилъ параллельный рядъ наблюдений съ вызываніемъ преждевременныхъ родовъ введеніемъ простыхъ бужей и получилъ значительно худшіе результаты какъ относительно быстроты такъ и всего теченія родовъ.

Ф. Веберъ.

114. **Fritsch.**—**Die primäre Heilung der Bauchschnittwunde.**—(Deutsche Med. Wochenschrift 1897 № 43).—**О первичномъ заживленіи брюшной раны послѣ лапаротоміи.**

Указывая на то, что иногда, не смотря на весьма тщательное примѣненіе асептического метода, сращеніе брюшной раны происходитъ не совершенно гладко и наблюдаются нагноенія вокругъ швовъ, онъ обращаетъ вниманіе на нѣкоторые моменты, которые очень важны для полученія первичнаго натяженія и гладкаго заживленія раны. Во первыхъ больныхъ слѣдуетъ передъ операціей тщательнѣе готовить, чѣмъ это обыкновенно случается. За день до операціи больныя получаютъ ванну, въ которой сидятъ полъ часа; къ водѣ примѣшивается одинъ килограммъ соды; больныя въ ваннѣ хорошенько растираются зеленымъ мыломъ. Послѣ ванны на животъ кладется сулемовый компрессъ, который не только дезинфицируетъ операціонное поле, но и размягчаетъ поверхностные слои эпидермиса, содержащіе много бактерій, которые передъ операціей легко удаляются бритвою. Послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ никогда не слѣдуетъ растягивать края раны пальцами, такъ какъ при этомъ травмируется жировая ткань, что можетъ помѣшать первичному натяженію; *Fritsch* для этого употребляетъ широкія брюшныя зеркала. Передъ наложеніемъ швовъ слѣдуетъ острыми Куперовскими ножницами освѣжить оба края раны, удаляя съ особенной тщательностью излишекъ жировой ткани. Швы всегда надо накладывать двойной иглою, выкалывая съ обѣихъ сторонъ изънутри кнаружи. Такъ какъ бактериологическія изслѣдованія показали, что руки опера-

журн. акуш. и жен. бол. май 98. 6 7*

тора, если онъ передъ самой операціею и были совершенно стерильны, очень быстро загрязняются, то *Fritsch* совѣтуетъ во время операціи нѣсколько разъ споласкивать ихъ въ дезинфицирующихъ растворахъ, тщательно ихъ высушивая затѣмъ стерильною марлею. Послѣ наложенія швовъ слѣдуетъ рану держать какъ можно суше; для этого лучше всего ее посыпать дерматоломъ, а сверху смазать толстымъ слоемъ колодія. *Ф. Веберъ.*

115. *Bodenstein*.—*Zur Existenz u. Therapie der chronischen Vaginalgonorrhoe.*—(Deutsche Med. Wochenschrift. 1897 № 42).—**Къ лѣченію хронической влагалищной гонореи.**

Нерѣдко случаи гонореи у женщинъ, у которыхъ, какъ сама матка, такъ и придатки совершенно интактны, не поддаются никакому лѣченію, не смотря на то, что ово ведется *lege artis*. Авторъ, подробно изслѣдуя нѣсколько подобныхъ случаевъ, всегда находилъ значительныя измѣненія въ заднемъ сводѣ; влагалищный секретъ, взятый съ этого мѣста, всегда микроскопически рѣзко отличался отъ студенистаго секрета шейки матки и всегда содержалъ массу гонококковъ. До послѣдняго времени, благодаря изслѣдованіямъ *Vimm*'а, большинство гинекологовъ предполагало, что влагалище, вслѣдствіе своего многослойнаго плоскаго эпителия, именно по отношенію къ гоноройной инфекціи, и только работы *Wertheim*'а показали, что гонококи могутъ развиваться и въ многослойномъ эпителии. *Bodenstein* даже предполагаетъ, что задній сводъ служитъ любимымъ мѣстомъ развитія гонореи, уретра же, которая до сихъ поръ считалась какъ *locus minoris resistentiae*, по отношенію къ гоноройной инфекціи, обыкновенно заболѣваетъ уже вторично, вслѣдствіе зараженія стекающимъ изъ влагалища секретомъ. Это становится понятнымъ, если принять въ соображеніе, что женщина обыкновенно заражается отъ муцины, имѣющаго хроническій триперъ, т. е. когда отверстіе его мочеиспускательнаго канала не содержитъ гонококковъ, а заражающее начало входитъ во влагалище только въ концѣ половаго акта вмѣстѣ съ плотью и остается здѣсь въ заднемъ сводѣ. Обычно примѣняемая въ такихъ случаяхъ влагалищныя сринжеванія не всегда приводятъ къ цѣли, особенно если гонококи проникли довольно глубоко во влагалище. Въ послѣднемъ случаѣ авторъ совѣтуетъ примѣнять лѣченіе, аналогичное лѣченію хронической гонореи у мужчинъ. Для этого онъ производитъ систематическую очень плотную тампонацію верхней части влагалища и преимущественно задняго свода