

излѣчить нѣкоторые случаи endometrit'a несомнѣнно гоноррейнаго свойства.

P. допускаетъ гистеректомію въ слѣдующихъ 4-хъ категорическихкихъ случаяхъ:

1) При значительномъ пораженіи матки, когда никакая другая операція не даетъ шансовъ на излѣченіе.

2) При туберкулезѣ придатковъ.

3) Когда при удаленіи гнойниковъ въ придаткахъ, повреждены серозный покровъ матки или само тѣло матки, ибо здѣсь угрожаютъ срощенія кишекъ и непроходимость ихъ.

4) Въ нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ pyosalpinx, а гистеректомія необходима ради обезпеченія дренажа черезъ влагалище.

Во всѣхъ другихъ случаяхъ *P.* рекомендуетъ выскабливаніе матки, но не гистеректомію.

М. Гинзбургъ.

137. **Dr. I. W. Hickman.** (Washington).—**The Management of cases after abdominal operations.**—(The American Journal of Obstetrics etc, september 1896, pp. 333—340).—**Уходъ за больными послѣ чревосѣченій.**

Иные хирурги производятъ операцію очень искусно и асептически, но мало заботятся о дальнѣйшей участи своихъ больныхъ, которые не рѣдко погибаютъ отъ разныхъ случайностей послѣ—операционнаго періода. Указанію этихъ случайностей и предотвращенію ихъ *dr. Hickman* посвящаетъ свою статью. Послѣ чревосѣченій необходимо туго убинтовать животъ, начиная съ нижнихъ реберъ, и ноги до колѣнъ, мышцы живота нужно сдѣлать неподвижными, но движенія ногъ вліяютъ на послѣднія, поэтому на первые 3—4 дня нужно убинтовать и ноги.

Больную не слѣдуетъ переносить съ операционнаго стола на ея кровать, какъ это нерѣдко дѣлается, такимъ образомъ, что одна сидѣлка беретъ больную за ноги, а другая—за плечи, при чемъ тѣло больной—сгибается, какъ мѣшокъ съ зерномъ, для переноски больныхъ необходимы носилки съ досчатымъ, неподвижнымъ дномъ, что очень способствуетъ гладкому теченію послѣ операционнаго періода.

Далѣе важно предупредить *шокъ*. Патологія его не выяснена посмертныя измѣненія—отрицательнаго свойства: шокъ слѣдуетъ считать угнетеніемъ жизненной энергіи нервной системы. Шокъ предотвращается путемъ возбужденія центральной нервной системы, главное сердечной дѣятельности. Для этого *Hickman* обкладываетъ оперированныхъ на первые полчаса или больше *бутыл-*

ками горячей воды, завернутыми во что нибудь, избѣгая случающихся при этомъ ожоговъ. Кромѣ того нужно впрыснуть подъ кожу больной $\frac{1}{20}$ грана *стрихнина*; это лучшее возбуждающее средство, только его нужно впрыснуть побольше, $\frac{1}{20}$, а не $\frac{1}{100}$ или $\frac{1}{50}$ грана, какія дозы не достигаютъ цѣли. При наступленіи шока больные отлично переносятъ стрихнинъ; дозу $\frac{1}{20}$ нужно впрыснуть 3—4 раза, черезъ 20—30 минутъ, пока пульсъ станетъ крѣпкимъ. Нечего бояться отравленія, гораздо опаснѣе—слабость сердца. *Жажда* послѣ операціи принадлежитъ къ явленіямъ, тягостнымъ для больныхъ и для врачебнаго персонала. Авторъ не имѣетъ личнаго опыта о предупреждающемъ лѣченіи такой жажды путемъ обильнаго питья за 1—3 дня до операціи. Если у больной нѣтъ рвоты, то по истеченіи 3—4 часовъ послѣ операціи *H.* даетъ больнымъ по чайной ложкѣ холодной воды черезъ 1—2 часа; черезъ 6—8 часовъ послѣ операціи *H.* разрѣшаетъ больнымъ чайную ложку теплой воды каждыя 15—30 минутъ, что очень утоляетъ жажду. Когда же случается рвота, то нельзя давать больной питья. Леду *Hickman* не даетъ: если дать больной кусочекъ льду, то она требуетъ его ежеминутно; въ желудкѣ набирается воды больше, чѣмъ можетъ всосаться—послѣдствіемъ этого является рвота. Теплая вода въ клистирѣ, по 3—4 унца, каждые 2 часа, тоже утоляетъ жажду; послѣдняя уменьшается отъ полосканья рта теплою водою, даже безъ проглатыванія ея!

Рвота зависитъ отъ многихъ условій: отъ анестетическихъ средствъ, отъ шока, отъ септического зараженія, отъ непроходимости кишекъ паретического происхожденія. При рвотѣ отъ наркоза—мы почти безсильны; немного морфія подкожно иногда облегчаетъ эту рвоту, а главное—полнѣйшее спокойствіе и обильный притокъ свѣжаго воздуха. Авторъ замѣчаетъ, что къ вырѣкиваемому подъ кожу морфію не слѣдуетъ прибавлять атропина: послѣдній уменьшаетъ испаренія кожи, способствующія лучшему самочувствію больныхъ. Отхожденіе газовъ изъ кишечника указываетъ на возстановленіе нервнаго импульса, съ появленіемъ газовъ рвота прекращается или быстро уменьшается. Теперь время очистить желудокъ, лучше всего соленымъ слабительнымъ, возбуждающимъ меньше всего перистальтику. Авторъ даетъ по чайной ложкѣ сѣрнокислой магнезій въ чашкѣ чернаго кофе, каждыи часъ, до дѣйствія.

Часто скопленіе газовъ причиняетъ послѣ чревосѣченія большія неприятности какъ больной, такъ и врачу. Иногда такое скоп-

леніе зависитъ отъ неразумной діеты до операціи, такъ въ одномъ случаѣ больная пила до операціи холодный чай. Растяженіе живота газами обуславливается обыкновенно 2-мя условіями; въ одномъ существуетъ парезъ кишекъ, парезъ симпатическихъ узловъ; въ другомъ ряду случаевъ—перистальтика кишекъ усилена, слышно урчаніе въ кишкахъ, пациенты жалуются на боли въ кишкахъ, у иныхъ являются рвоты, даже фекальными массаами.

Лѣченіе, конечно, не будетъ одинаковымъ въ обѣихъ категоріяхъ: въ первой—полезны возбуждающія средства: 5 гранъ хинина въ $\frac{1}{2}$ рюмкѣ водки нѣсколько пріемовъ, черезъ 3—4 часа; во 2-й категоріи случаевъ—нужно подкожное введеніе морфія и 1 клизма съ терпентиномъ. Въ этихъ случаяхъ дѣло иногда оканчивается летально, рвоты очень изнуряютъ больныхъ и авторъ превозноситъ здѣсь пользу опиатовъ.—Дренажъ изъ гутаперчевой трубки или марли долженъ лежать до тѣхъ поръ, пока выдѣляющаяся жидкость будетъ серозною; если послѣднее не наступаетъ черезъ 48 часовъ, это указываетъ на зараженіе. Марлевый дренажъ нужно мѣнять почаще, ибо грануляціи, разрастаясь, затрудняютъ послѣ извлеченіе дренажа.

Нужно совѣтовать больной выпускать мочу самопроизвольно; если это невозможно, надо выпускать ее катетеромъ черезъ каждые 8 часовъ.

Больная, по выздоровленіи, должны носить бинтъ, по крайней мѣрѣ, въ теченіи года.

М. Гинзбургъ.

138. 1. **Dr. John Gibson. Puerperal Eclampsia without renal symptoms; bloodsétting; Recovery.** — (Lancet 24 Oct. 1896, p. 1153).—Послѣродовая эклампсія безъ пораженія почекъ, кровопусканіе, выздоровленіе.

2. **Prof. Tarnier: Vensection in puerperal Eklampsia.**—(The international Congress of gynaekology and obstetrics. Correspondence of the Lancet, 17 Oct., 1896. p. 1126).—Кровопусканіе при послѣродовой эклампсіи.

Dr. G. былъ спѣшно позванъ къ 19-лѣтней 1 роженицѣ, у которой случился приступъ экламптическихъ конвульсій. Беременность протекла нормально, молодая женщина, бывши до того совершенно здоровой, прошла пѣшкомъ около мили, отъ себя къ матери, гдѣ ей стало дурно, она упала на полъ и у ней начались судороги. *Dr. G.* нашель ее въ безсознательномъ состояніи; ребенокъ мертвый, лежалъ между ногами родильницы; по перерѣзкѣ пуповины, больную перенесли въ постель; черезъ нѣсколько минутъ вышель и послѣдъ. Экламптические приступы не прекра-