

Таким образом эти авторы сближают происхождение болезни Пурчера с *Commotio retinae* Берлина.

Мы склонны в толковании нашего случая присоединиться к последним авторам. Повидимому, за картиной распространенного отека сетчатки, по виду своему, позволившему говорить в начале о Берлиновском помутнении, в нашем случае имелись, выявившиеся особенно ясно в последующем течении, многочисленные кровоизлияния и деструктивные процессы в сетчатке.

Но надо все же сказать, что всеми гипотезами патогенеза тяжелых изменений сетчатки, однако, еще не решен вопрос об интимном механизме их возникновения при тяжелой травме. Искать объяснение только в местных причинах в виде механического повреждения сетчатки при ее сотрясении или в явлениях внезапно возникшего застоя в сосудах, едва ли возможно. Надо думать, что изменения в сетчатке возникают под влиянием воздействия тяжелой травмы на центральную нервную систему, чем создается нарушение ее трофических функций по отношению к сетчатке, и в последней наступают резкие расстройства тканевых процессов.

Из родильного отделения Подольской городской больницы (зав. отделением Б. Б. Шарбе).

ВЫСКАБЛИВАНИЕ МАТКИ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭКЛАМПСИИ.

Б. Б. Шарбе.

В монографии Селицкого «Эклампсия в клиническом отношении» среди хирургических способов лечения упоминается и выскабливание матки. Впервые оно было предложено в 1902 г. Мюллером, который рассматривал эклампсию, как своего рода бактериальную интоксикацию ядами, образующимися в децидуальной и плацентарной ткани и всасывающимися слизистой оболочкой матки. В 1908 г. Лацко произвел в 9 сл. пuerперальной эклампсии кюретаж матки, причем в 8 сл. отметил известный эффект. Гейнце произвел выскабливание матки в двух случаях с блестящим успехом — припадки быстро прошли и больные выздоровели. В 1921 г. появилась небольшая работа Рахманова «Выскабливание матки как метод лечения послеродовой эклампсии». Автор из 20 сл., леченных выскабливанием, в 9 имел полное прекращение припадков и в 8 сл. улучшение в заболевании.

С 1931 года я проделал 28 выскабливаний для лечения эклампсии не только послеродовой, но эклампсии, возникшей во время родов и до родов. Перейду к изложению нашего материала.

Случаи размещены по видам эклампсии. Мы имели 8 случаев предродовой эклампсии при небольшом открытии маточного зева, потребовавших применения кесарского сечения. Затем 10 случаев эклампсии во время родов, из которых 6 случаев закончи-

лись «щипцами» один—перфорацией головки и 3—спонтанно. В третьей группе—10 случаев послеродовой эклампсии с выскабливанием и 4 без выскабливания. Всего 32 случая. В возрасте от 18 до 24 лет было 30 женщин, одна 26 лет и одна 37 лет. Эта последняя имела 7-е роды, одна 23 лет родила 3-й раз, а остальные 30 все были первородящие. Срочных родов было 20, затем двое — 7½ мес., 5 — 8 месяцев и 5 — 8½ месяцев. От первого припадка до выскабливания прошли различные сроки. Самый короткий был 25 мин., самый длинный — 8 дней, в большинстве же случаев 1—3 часа. Послеродовая эклампсия наступала спустя от 15 минут до 16 дней после родов. До выскабливания было от 1 до 23 припадков. После выскабливания в 18 случаях из 28 припадки не повторялись, в трех случаях был 1 припадок, а в остальных припадки повторялись и требовали дополнительных лечебных вмешательств.

Длительность пребывания в больнице. Восемь больных провели в больнице по 5 дней, три — 6, три — 7, две — 8, три — 9, две — 10, две — 11, одна — 12, одна — 14 дней и только две задержались на 25 дней, в связи с развившимся у них психозом.

Вес детей—от 1640 до 4000 г. Двое детей минимального веса 1640 и 2000 г умерли от врожденной слабости, один ребенок 3200 г родился в асфиксии и через день умер. Одного, тоже 3200 г, мать, повидимому, задушила во время кормления. Один был перфорирован мертвым. Остальные 26 выписались.

Итак, из 28 случаев эклампсии в 21 случае, т. е. в 75%, после выскабливания матки получился непосредственный эффект (0 или 1 припадок). В остальных же 7 случаях (25%) припадки или сами по себе ослабели или прекратились сразу же после кровопускания.

Из клиники нервных болезней Самаркандского медицинского института
(директор проф. И. Я. Чураев).

ОБ ОДНОМ ТАЛАМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.

М. И. Габриэлян.

Картина типичного таламического синдрома с его отдельными формами хорошо изучена со времени первого описания его Дежеринем и Русси в 1906 году.

Однако клиника дает часто случаи, которые не укладываются в рамки уже известных форм. Различные вариации таламического синдрома подчеркивают недостаточную физиологическую изученность как самого зрительного бугра, так и его многочисленных связей. Каждый атипичный случай может внести некоторое пополнение в наше понимание физиологии этого важного подкоркового образования.