

фектов полостей; 4) покрытия гранулирующей поверхности пупка у грудных детей; 5) закрытия ран после удаления вросшего ногтя; 6) закрытия культи щитовидной железы после операции зоба, культи дуоденума после резекции желудка и т. д.

И. Цимхес.

е) Гинекология и акушерство.

Патогенез и диагноз гинекологических кровотечений. Schróder (Zbl. f. Gyn. 1934, № 3) указывает, что причиной маточных кровотечений может быть или слабость маточной мускулатуры, обусловленная опухолью, воспалением и пр.,—усиленные месячные; или нарушение течения процессов в яичнике (созревание фолликулов, овуляции и фазы желтого тела), что ведет, например, к укорочению длительности цикла при укороченной фазе желтого тела; или, наконец, карцинома, полипы и железисто-кистозидная гиперплазия эндометрия, обуславливающие неправильные кровотечения. При выяснении патогенеза гинекологических кровотечений очень важен основательный анализ, тщательное исследование организма больной, учет основных фактов половой физиологии и понимание непосредственного источника кровотечения.

П. Маненков.

Лечение гинекологических кровотечений. H. Runge (Zbl. f. Gyn. 1934, № 3) рекомендует следующий метод лечения таких кровотечений: 1) *при сильных месячных*—покой, средства, сокращающие матку; лечение имеющихся заболеваний органов в промежутке кровотечений инъекциями неспецифических средств (кальций, чужеродный белок, собственная кровь и сыворотка); применение фолликулярного гормона при гипоплазии матки на почве недостаточности яичника; кастрация рентгеном у близких к климактерию женщин в случаях, где сильные месячные кровотечения ведут к анемии; 2) *при учащенных месячных*—обратить внимание на общее состояние организма, при отсутствии местных и общих изменений показано лечение гормонами (при укорочении второй фазы цикла—гормон желтого тела во второй половине цикла, при гипопластичной матке—фолликулярный гормон); 3) *при кровотечениях на почве миомы*—рентгенокастрация, если кровотечение привело к анемии, опухоль не больше детской головки и женщина старше 45 лет; или оперативное лечение; 4) *при атипических кровотечениях*—в случаях восходящего эндометрита, сопровождающегося сильными воспалительными явлениями, лихорадкой а. рекомендует консервативное лечение; во всех же остальных случаях таких кровотечений—выскабливание или другие виды хирургического лечения. Выскабливание в этих случаях играет роль и диагностического и лечебного средства. В случаях кровотечений при старых разрывах шейки матки лечебным методом выбора является операция зашивания разрыва. Особо рассматривает а. большую группу атипических кровотечений на почве железисто-кистозидной гиперплазии слизистой матки. Лечение здесь нужно всегда начинать с выскабливания, позволяющего быстро остановить кровотечение и исключить рак. При этом заболевании у женщин свыше 45 лет уместна кастрация рентгеном, а сильно обескровленных, нуждающихся в немедленной остановке кровотечения, —или глубокое ошпаривание слизистой матки или внутриматочное применение радия. Возможно в этой группе кровотечений и гормональное лечение—применение гормонов желтого тела и лютеинизирующего гормона (пролан), особенно последнего, а также крови беременной. Наиболее трудным для лечения среди случаев атипических кровотечений являются те случаи, где клиническое исследование не дает никаких указаний о характере заболевания и половая сфера пальпаторных отклонений от нормы не представляет.

П. Маненков.

Goske (Monatsschr. f. geb. u. gyn. Bd, XCIV, N, 3) на 5371 родов наблюдал послеродовое кровотечение 41 раз, что составляет 0,76%. На 227 преждевременных родов они составляли 1,38%. Причины: разрыв промежности, недостаточная инволюция матки, плацентарные полипы, эндометрит. Угрожающее кровотечение было три раза. В пяти случаях недостаточная инволюция матки после родов была вызвана наступившей ретрофлексией. Обследование полости матки произведено в 10 случаях. В четырех случаях результат был отрица-

тельный, но механическое раздражение матки повело к остановке кровотечения. Осложнений после этого вмешательства не наблюдалось.

Т. Шарбе.

Tausch в статье „*Материалы к вопросу о чрезмерно длительной беременности*“. (Monatschr. f. geburtshilfe u. gyn. Bd. X. С III, кн. 3/4) сообщается о случаях родов через 343 дня после менструации. Плод женского пола весил 5000,0 и был 56 см. длиной. Первое шевеление плода через 150 дней после менструации. Автор предполагает наследственное предрасположение, так как мать больной, имевшей 13 родов, перенашивала каждый раз около 3-х недель.

Т. Шарбе.

Лечение 34 случаев *перфорации матки*, возникших при выскабливании по поводу кровотечения после аборта и начавшегося аборта дало Ernstу (Zbl f. Gyn., № 9, 1934) следующий результат: консервативное лечение 3 сл.—, О смертн., лапаротомия, дренаж—1 сл.—1 смерт., лапаротомия, шов на матку 3 случаев—0 смерт., абдоминальная экстирпация матки 22 сл.—2 смерт. Итого смертность составляет 90% (3:34).

Т. Шарбе.

ж) Невропатология и психиатрия.

К вопросу о хирургическом лечении эпилепсии. Prof. Danielopulo (La Presse Medicale, 1933, № 9), на основании опытов на собаках предлагает следующие операции в области вегетативной нервной системы при эпилепсии: перерезку всех нервов sinus caroticus, цервикальную симпатектомию, перерезку п. vertebralis, rami communicantes ganglion stellatum и вертикальных ветвей блуждающего нерва; также показана иногда перерезка блуждающего нерва ниже места отхождения п. gessigens. Указанные операции рекомендуются производить на правой стороне и только в том случае, если они не дают желаемого результата, показана также перерезка тех же нервов на левой стороне за исключением блуждающего нерва.

П. Бадюл.

Ацетилхолин при офтальмоскопической мигрени. Dèilan (La Presse Médicale 1934 г. № 103). После интрамускулярной инъекции 10 кб. снт. ацетилхолина в течение 11—16 минут исчезали мерцающие скотомы, а вскоре затем и головные боли. В одном случае, где указанная терапия применялась в течение года при каждом приступе, мигренозные боли и мерцающие скотомы в дальнейшем совершенно прекратились.

П. Бадюл.

Лечение неосапровитаном прогрессивного паралича шизофрении Par., Zoltan v. (Archiv für Psychiatrie, Bd. 97) рекомендует неосапровитан, как пирогенный препарат, не имеющий вредных побочных действий, точно дозируемый и удобоприменимый даже при амбулаторном лечении. При лечении прогресс. паралича неосапровитаном далеко не достигаются такие хорошие результаты, как при лечении его малярией. При начальных же формах шизофрении неосапровитан по наблюдениям а. дает лучшие результаты, чем другие пирогенные средства. Туберкулезные шизофрении не подлежат лечению пирогенными средствами, в частности неосапровитаном.

Ив. Галант. (Ленинград).

Эпштейн А. Л. и Финкельштейн Е. Р. (Somatologische Studien zur Psychiatrie. IX. Die intersexuellen Stigmata bei weiblichen Geisteskranken, Zeitschrift f. Konstitutionslehre Bd. 18, Н. 3, 1934) исследовали душевно-больных женщин с точки зрения наличия у них интерсексуальных стигм, при чем у всех 360 исследованных женщин, принадлежавших к различным нозологическим группам, были найдены в том или другом количестве (от 1 до 10) интерсексуальные стигмы. А.а. приходят к заключению, что изучение интерсексуальных стигм по формам болезней и по конституциональным группам может способствовать более точному знанию и пониманию этиологических и патофизиологических моментов в патогенезе различных форм болезней, особенно в отношении патогенетической роли желез с внутренней секрецией.

Ив. Галант. (Ленинград).

Hoch P. u. W. Mauss. (Archiv f. Psych Bd. 97) установили, что при лечении атропином кататоников группы шизофрении действие атропина на кататони-