

Изыскивая методы лечения женской стерильности, автор пытался бороться с гипоплазией матки впрыскиваниями больших доз фолликулина. Он, в среднем, вводил от 100 до 200 тысяч единиц в течение одного менструального цикла. В результате действительно получалось некоторое набухание матки, но одновременно замечено, что следующая менструация либо отодвигается, либо вовсе выпадает. Часто такой же эффект получался и при 70 тысячах единиц. Всего приводится 12 случаев; менструации отодвигались на 6—70 дней. Механизм этого процесса автор объясняет тем, что фолликулярный гормон задерживает пременструальную перестройку слизистой матки и этим тормозится образование желтого тела. Торможение передается через гонадотропные гормоны передней доли гипофиза. Повидимому, меняется взаимоотношение между проланом А и Б, так как у женщины саменорреей после введения фолликулина увеличивается выделение пролана А.

Автор считает, что фолликулярный гормон в больших дозах может быть клинически использован как средство для вызывания искусственной аменорреи.

Ю. Канель.

Ribler. *Случай гинекомастии с циррозом печени.* (Wien kl. Wschr. 1936, № 35). Автор описывает случай гинекомастии в связи с циррозом печени. Он указывает, что в литературе отмечено свыше 15 таких случаев. Патогенез комбинации этих заболеваний автор объясняет следующим образом. Как известно, цирроз чрезвычайно часто связан с хроническим алкоголизмом. С другой стороны, при циррозе неоднократно наблюдалась дефективность яичек, которая отчасти зависит от токсинов, встречающихся при циррозах печени, отчасти же от алкоголизма. Возможно, что имеется семейная конституциональная неполноценность ткани печени и яичек. У таких лиц нередко встречаются гинекомастия. Росту грудной железы способствует женский половой гормон, задерживается же этот рост мужским гормоном. Правда, гинекомастия зависит не исключительно от гормональных влияний, так как у кастратов далеко не всегда развиваются грудные железы. Но при гинекомастии часто наблюдают неполноценность яичек, гиперплазию коры надпочечника, а в раннем возрасте и тимуса. При циррозах печени может повреждаться конституционально слабая ткань яичек, и появившийся вследствие этого недостаток мужского полового гормона в некоторых случаях может повести к развитию мужской грудной железы. В некоторых случаях гинекомастии можно получить удовлетворительный терапевтический эффект при помощи мужского полового гормона. Этот же метод лечения следует испытать при гипертрофии женских грудных желез.

Ю. Канель.

в) Акушерство и гинекология

Schultze—Rhonehof, F. *Лечение pruritus vulvae.* (Zbl. Gyn. 1937, 11, 610—613). А. на основании собственных наблюдений рекомендует для лечения эссенциального pruritus vulvae чистый пчелиный мед, обильные смазывания которым дали отличные результаты в ряде случаев этого заболевания. У одной подобной больной, через несколько дней после применения меда совершенно исчезло мучительное чувство зуда; спустя некоторое время последний появился снова, но в незначительной степени и после нового смазывания медом немедленно пропал; отсутствие рецидива в течение нескольких месяцев. Механизм действия меда при эссенциальном pruritus vulvae еще неясен.

Б. Иванов.

Dicker, S. *Лечение рвоты беременных аскорбиновой кислотой.* (Schweiz. med. Wschr. 1937, 4, 74—75). А. применил в Женевской акушерской клинике рекомендованный Гербрандом и Шмидтом способ лечения рвоты беременных аскорбиновой кислотой. При этом оказалось, что уже после первых внутривенных вливаний последней рвота прекратилась и наступило выздоровление. В тяжелых случаях ежедневно вводилось по 0,1—0,2 см³, а всего делалось от 10 до 15 вливаний.

Б. Иванов.

Nahmiascher, H. *Внутриматочное применение угля в акушерстве и гинекологии.* (Mitschr. Geburtsh u. Gyn. 1937, 104, 5—6, 353—354). На основании своих многолетних наблюдений а. рекомендует внутриматочное применение угля в случаях безлихорадочных и лихорадочных аборт, общей септической инфекции, пуэрперального эндометрита, кесарского сечения после разрыва плодного пузыря, заболеваний цервикального канала и несифидических белей. После обнажения зеркалом влагалищной части, захватывания пулевыми щипцами передней губы маточного зева и протирания канала шейки, через него

возможно выше в полость матки вводится угольный карандаш; в канал шейки во избежание преждевременного выделения частиц угля вводится на 2—3 часа марлевая турнда. По наблюдениям а. применение угля дает очень хорошие результаты в смысле быстроты действия и улучшения местных явлений и общего состояния; при этом отнюдь не исключается и общее лечение септического процесса. Никакого вредного влияния угля на ткани а. не отмечает. Благоприятное действие угля обуславливается его высокой адсорбирующей способностью, вызывающей высушивание поверхностных тканей, создающее неблагоприятную среду для бактерий, а также обезвреживающим действием угля в отношении токсинов бактерий с затруднением всасывания секрета лохий в ток крови и лимфы.

Б. Иванов.

Philipp. *К клинике эндометриозов.* (Zbl. Gyn. 1937, 1, 2—3). А. указывает, что многие случаи эндометриоза яичников и брюшной полости возникают ретроградным путем. При наличии у больных резко выраженной дисменорреей и болей, усиливающихся при менструации, следует при дифференциальном диагнозе подумать об эндометриозе. Это особенно относится к тем случаям, где раньше подобных явлений не наблюдалось и они появились только в пожилом возрасте. В отношении лечения у молодых женщин а. рекомендует для сохранения способности к зачатию производить операцию; в пожилом возрасте показана кастрация. Консервативная операция по поводу эндометриоза яичников не всегда приводит к бесплодию; после облучения яичника рентгеновскими лучами эндометриозная ткань опухоли теряет способность отвечать на гормональное раздражение.

Б. Иванов.

Rivoir. *Лечение рака женской уретры.* (Zbl. f. Gyn. 1937, 12, 714—716). Рак женского мочеиспускательного канала встречается сравнительно редко и всегда после 4-летнего возраста. Лечение дает тем лучшие результаты, чем раньше поставлен диагноз; в запущенных случаях с метастазами в паховых железах прогноз неблагоприятный. Наилучшим способом является комбинированная лучистая терапия, состоящая в облучении опухоли радием, а областных лимфатических желез—рентгеновскими лучами. Способ, согласно наблюдениям а., дает хорошие длительные результаты и не вызывает, в противоположность оперативному лечению, никаких функциональных расстройств со стороны мочеиспускательного канала.

Б. Иванов.

Mölling E. *Биопсия при заболеваниях грудных желез у женщин* (Gyns Beitr. 1937, 165, 2, 192—203). Биопсия является ценным вспомогательным средством для диагноза заболеваний грудных желез, особенно злокачественного характера. Указания многих хирургов на возможность после нее бурного роста опухоли, отвергаются патолого-анатомами на основании биологических данных и результатов экспериментального изучения опухолей. А. считает, что присутствие биопсии опасности могут быть значительно уменьшены правильной установкой показаний и тщательным производством ее. Он приводит детали техники биопсии и указывает, что последняя требует клинической обстановки и хорошего доступа к соответствующей области грудной железы с иссечением достаточного количества ткани ее в надлежащем месте. Наиболее подходящим для этой цели является дугообразный разрез по нижнему краю грудной железы по Барденгейеру с откидыванием ее кверху. С целью обезболивания следует применять внутривенный наркоз; иссечение лучше всего производить электрическим ножом. Если, в результате гистологического исследования, окажется, что заболевание носит злокачественный характер, показана немедленная радикальная операция, являющаяся вместе с тем и единственным методом, предотвращающим опасность бурного роста опухоли после биопсии.

Б. Иванов.

Wietser. *Лечение мастита* (Münch. m-d. Wschr. 1937, 4, 132—133). С целью профилактики мастита а. рекомендует лечь в грисцины на сосках; после предварительного смазывания их 10% раствором новокаина и прижигания 0% раствором ляписа накладывается стерильная повязка с индифферентной мазью. Для поддержания секреции молока 3 раза в день производятся отсасывания его. Спустя 3 дня процесс большей частью настолько утихает, что ребенка можно снова прикладывать к груди. При воспалении показано немедленное рентгено-облучение (10% HED при FH-расстоянии в 35 см и 0,5 мм мелком фильтре). Облучения производятся в течение 3 дней. Если, несмотря на это, все же остается инфильтрат, проводится дальнейшее лечение лампой Солюх. При гнойном мастите абсцесс должен быть вскрыт, но только при наличии ясно выраженной флюктуации; при этом достаточно небольшого отвер-