

T-образный разрез, оперирующий, отслаивает от маточной шейки мочевого пузыря, вскрывает брюшную полость, защищает пузырь подъемником, делает по средней линии тела матки небольшой продольный разрез, захватывает края разреза двузубцами, подтягивает отверстие ближе к влагалищному просвету, удлиняет разрез по направлению к дну матки ножом или ножницами, извлекает введенными в матку двумя или тремя пальцами сначала плод, потом послед, выскабливает *savum uteri* ложкой для удаления отпадающей оболочки, затем зашивает маточную рану, брюшину и свод. По мнению проф. К. этот способ влагалищного кесарского сечения представляет значительные преимущества перед обыкновенным, Dührssen'овским: рука оперирующего находит себе при нем большой простор, полость матки становится доступною глазу, и матка, — особенно ее шейка, — гораздо меньше уродуется. *В. Груздев.*

д) Детские болезни.

К патогенезу желтухи новорожденных. После того, как *Nijmans van den Bergh* показал, что при помощи диазореакции можно различать два вида билирубина, — застойный, прошедший через печень, и функциональный, не прошедший через нее, многими авторами была исследована в этом направлении и желтуха новорожденных; оказалось, что у новорожденных всегда имеется в крови функциональный билирубин, причем количество его повышено против нормы даже у тех из них, у которых нет явной желтухи. *Schick* высказал предположение, что у зародыша в выработке билирубина участвует плацента, которая подобно селезенке является частью ретикуло-эндотелиальной системы. Однако, *Cserny* и *Liebmann* (*Klin. Woch.*, 1923, № 46), нашли, что кровь, идущая в пуповине от плаценты, содержит на 25% меньше билирубина, чем кровь, идущая от новорожденного к плаценте, что противоречит гипотезе *Schick*'а. Они полагают, что у зародыша билирубин выделяется через плаценту; когда же, после рождения, этот способ выделения прекращается, а печень еще не приспособилась к новым условиям кровообращения, количество билирубина в крови у большинства новорожденных повышается настолько, что появляется желтуха.

Е. Ленский.

Брюшной тиф у детей. *Н. Умиков* (*Jahrb. f. Kinderh.*, В. 103, Н. 1/2, 1923) дает след. сводку 429 случаев, наблюдавшихся в Тифлисе за 1914—18 г.г. Эпидемии развивались преимущественно осенью, причем мальчики хворали чаще и сильнее девочек; большинство больных детей было в возрасте 5—12 лет; чем моложе был больной, тем легче протекал у него тиф. Средняя продолжительность легкого случая была 25 дней, тяжелого — 40,4 дня. В 86,5% всех случаев наблюдалась *Wunderlich*'овская темпер. кривая, в 4% — t° была ремиттирующей, в 9,5% — неправильная; падение t° продолжалось 5—8 дней, в исключит. случ. — только 2 дня. Пульс был в неосложнен. случаях замедлен. У 50% отмечался метеоризм, у 25% — болезненность живота. Понос был только у 32%; у 41% стул был нормальный, а у 27% имелся запор. Кишечные кровотечения наблю-

дались всего 5 раз. Селезенка была увеличена почти во всех случаях (89%); так как увеличение селезенки появляется раньше розеол, то оно имеет большое диагностическое значение. 32 случая осложнились катарральной пневмонией; у 9 больных высыпал herpes labialis. Диазореакции не получилось только у 7%, причем перед рецидивом исчезающая реакция опять усиливалась. У старших детей нередко наблюдалось тяжелое бредовое состояние, которое иногда держалось еще после падения t° . У 10 больных имелась картина менингита, и только дальнейшее течение выяснило наличие брюшн. тифа; двое из этих больных умерли; на вскрытии найдены были отек и гиперемия головн. мозга и его оболочек. Реакция Vidal'я, произведенная 213 раз, дала полож. рез. 186 раз. Розеола наблюдалась только у 56% всех больных. У 4 развились безбелковые отеки всего тела. 14,5% всех детей, преимущественно из имевших средний и тяжелый тиф, проделали от 1 до 4 рецидивов; автор объясняет появление рецидивов недостаточным образованием противотел вследствие истощения больных: дети, получавшие только жидкую пищу и потому питавшиеся недостаточно, чаще давали рецидивы (в 22,7%), чем дети, питавшиеся смешанной пищей (в 10%). Вообще при жидкой пище тиф протекал тяжелее и давал больше осложнений пневмонией, фурункулезом и проч. Кишечн. кровотечения наблюдались 4 раза при жидкой пище и 1 раз при смешанной, перфорация—3 раза при жидкой пище и ни одного раза при смешанной. Из 150 детей, бывших на жидкой пище, умерло 11, из 279, получавших смешан. пищу, ни один не умер. Достаточное питание—важнейшее условие для предупреждения осложнений и уменьшения смертности; поэтому всем больным, если только они были в сознании и могли жевать, автор давал общую пищу, в которую входили каша, мясо, черный хлеб и даже капуста.

Е. Ленский.

Продромальная сыпь при кори. Dr. Fr. Nöthen (Jahr. f. Kind., В. 48), наблюдая коревых больных в самом начале их заболевания, заметил, что у этих детей иногда перед истинной коревой экзантемой бывают предварительные высыпания. Наблюдения Nöthen'a находят себе подтверждение и у других авторов, главным образом у Rolleston'a. Предварительные высыпания при кори—явление очень редкое; чаще такая сыпь бывает, когда ребенок заболевает корью в периоде выздоровления после скарлатины. Высыпания появляются чаще всего за 1—2—3 дня до истинной коревой сыпи и отличаются от других продромальных экзантем при разных инфекциях тем, что они могут появляться повторно. Продолжительность такой экзантемы колеблется от нескольких часов до нескольких дней. Продромальная сыпь не имеет определенной локализации на коже; форма ее самая разнообразная: эритемы, розеола, сыпь скарлатиноподобная, коревидная, крапивница, пурпура; последняя особенно наблюдается иногда, когда кори предшествует скарлатина. Появление подобной сыпи при наличии лейкопении, даже без катарральных явлений и пятен Koplick'a, может говорить за корь.

М. Левит.