крытии на 5 сант.—кольцо стоит на 4 сант. выше симфиза, при зеве в 7 сант.—кольцо определяетсв в 5-ти сант. над лобком, и, наконец, при раскрытии зева на 10 сант. высота стояния кольца над симфизом равняется 6 сант. Ощупывать „Grenzring" следует при опорожненном мочевом пузыре, перед самым началом схватки, продолжая пальпацию и во время этой последней,—тогда граница между полым мускулом, с его изменяющеюся консистенцией, и менее изменяющейся выходной трубкой определяется всего яснее.

В. Груздев.

Ощущение давления на прямую кишку, как признак изгнания плаценты из тела матки. Как известно, общепринятым способом ведения последового периода в акушерстве является тот, при котором отделение последа от маточной стенки предоставляется силам природы, выделение же из полового канала производится искусственно, по способу Credé. Чтобы узнать, отделилась-ли плацента и вышла-ли из полости маточного тела, т. е. настал-ли момент для выжимания ее по Credé, предложен целый ряд признаков: Schroeder, напр., указывает на приподнятие дна матки вместе с его сужением, Ahlfeld—выпячивание пуповины из рукава и пр. Mikulicz-Radecki (Zentr. f. Gyn, 1923, № 27) в качестве такового отмечает появление у рожениц ощущения давления на прямую кишку. Признак этот был проверен автором на 190 случаях родов, причем автор убедился в его практической пригодности для данной цели.

В. Груздев.

Применение ретроплацентарной крови для распознавания сифилиса. Klee и Hofmann (Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXII) нашли, что ретроплацентарная кровь у рожениц вполне пригодна для производства с нею реакции Wassermann'a. Впрочем авторы считают положительный результат реакции с этою кровью недостаточным для диагноза сифилиса,—он только должен возбуждать подозрения о наличности lues'a, диагноз которого должен быть в таких случаях проверен всеми другими способами.

В. Груздев.

Диагностическое значение реакции Wassermann'a в акушерстве. По наблюдениям G. Richter'a (отч. в Zentr. f. Gyn., 1923, № 35), при оценке этого значения надо проводить строгое различие между беременными в ранних стадиях беременности—с одной стороны и беременными в поздних стадиях, а также роженицами и родильницами вскоре после родов,—с другой: тогда как у первых положительная RW указывает на наличность lues'a, у вторых положительному результату ее нельзя придавать такое же диагностическое значение. Соответственно этому нерационально пользоватся для RW, как то делают некоторые исследователи, ретроплацентарной кровью. У родильниц, согласно с указаниями Esch'a, реакция эта начинает приобретать диагностическое значение лишь с 1-го дня после родов. Что касается детей, то, между тем как у более старших из них при наличности наследственного lues'a RW обычно бывает положительною, у новорожденных даже при несомненном lues hereditaria она может быть отрицательной; за то, если бывшая сначала отрицательною у новорожденного реакция потом

становится положительной, — это указывает на наследственный lues; наконец, у новорожденных без ясных признаков последнего положительная реакция имеет диагностическое значение лишь тогда, когда она остается и в дальнейшем. *В. Груздев.*

Повышение кровяного давления у беременных, как предвестник эклампсии. По наблюдениям Lorier (Presse méd., 1923, № 2) кровяное давление у беременных обычно колеблется между 90 и 110 mm. Hg. Если оно поднимается до 120 mm. и держится на этом уровне несколько дней,—это служит признаком грозящей эклампсии. В таких случаях автор рекомендует назначать беременным бессольную пищу и молочную диэту. *В. Г.*

Лечение лихорадящих абортов. Подводя итоги всему, что установлено по этому вопросу после 12-летней дискуссии, Winter (Zentr. f. Gyn., 1923, № 38) приходит к заключению, что, раз при аборте доказана наличность лихорадки, нужно исследовать содержимое нижней части рукава на наличность гэмолитических стрептококков. При отсутствии последних или наличии лишь отдельных их экземпляров можно безбоязненно опоражнивать матку,—по крайней мере, если шейка достаточно раскрыта. Если же бактериологическое исследование даст чистую разводку гэмолитических стрептококков, то всякие внутриматочные манипуляции,—удаление яйца пальцами или инструментами, даже простое исследование или промывание матки,—являются строжайше противопоказанными. В частности удаление плодного яйца в подобных случаях с одной стороны повышает смертность почти в 3 раза по сравнению с выжидательным способом, с другой—является бесцельным, так как инфекция при лихорадящих абортах, по W., чаще гнездится вне яйца, а не в этом последнем. Кто из врачей не в состоянии почему-либо произвести бактериологического исследования, тот должен выждать прекращения лихорадки и приступить к опорожнению матки лишь спустя 4—5 дней после такового прекращения; впрочем дальше 5 дней выжидать падения t^0 не надо. Для ускорения самопроизвольного изгнания плодного яйца W. рекомендует прибегать к хинину, который советует давать по 0,5—одновременно per os, внутримышечнно и внутривенно. Кровотечения, по наблюдениям автора, при абортах лишь редко достигают такой силы, чтобы нужно было, не откладывая, прибегать к опорожнению матки. Самое опорожнение, по W., лучше производить не пальцами, а тупой кюреткой. При этом осложненные лихорадящие аборты, по W., всегда противопоказуют опорожнение матки. *В. Груздев.*

Всякая-ли пуэрперальная матка бывает инфицирована? Многочисленные наблюдения заставили Loeser'a (Zeitchr. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXXII) придти к следующим заключениям по этому вопросу: 1) У каждой нормальной родильницы рукавные микробы проникают в матку; причина этого восхождения микробов отчасти лежит в самостоятельном разростании их по поверхности, главным же образом кроется в притягивающем воздействии ран плацентарного места на бактерии. 2) В первый день после родов микробов можно уже бывает найти на высоте внутреннего зева, со второго же дня они