

частоты до 100 и повышение более 160 выходят уже из физиологических пределов. Впрочем учащение сердцебиения более 160 еще не создает показаний к родоразрешению,—в этих случаях достаточно ограничиться тщательным наблюдением за плодом, чтобы не пропустить бывающего иногда в подобных случаях падения числа сердцебиений. Настоятельную опасность для плода представляет, собственно говоря, лишь замедление сердцебиений его ниже 100 в минуту; если такое замедление наблюдается во время нескольких пауз между схватками сподряд, то плод должен быть немедленно извлечен на свет; иногда Впрочем и однократное падение числа сердцебиений плода ниже 100 показывает немедленное родоразрешение (при сдавлении пуповины, разрыве ее и пр.).

*В. Г.*

*Механизм отделения плаценты при родах.* Для выяснения этого механизма Warnekros (Arch. f. Gyn., Bd. 109; Zeit. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXXII, Н. 2) воспользовался рентгенографией. Тотчас после рождения ребенка из плаценты выпускалось 40—50 куб. сант. крови, которая замещалась вводимым в пупочную вену таким же количеством жидкой взвеси сернокислого бария; после этого находившаяся в матке плацента выходила отчетливо на снимках. Рассматривая последние, автор мог убедиться, что при родах могут иметь место оба главных способа отделения плаценты,—и Dupis'a-овский, и Schultze'вский, но первый чаще второго. Далее, W. нашел, что отделение плаценты начинается впервые только после того, как ребенок выйдет из матки, и что время, требующееся для полного отделения плаценты, при нормальных условиях является весьма непродолжительным.

*В. Груздев.*

*Пороки сердца и беременность.* Разбирая этот вопрос на большом клиническом материале, Frey (Zentr. f. Gyn., 1923, № 40) нашел, что прогноз пороков сердца у беременных является в общем благоприятным, причем это относится и к митральному стенозу. Гораздо большее значение имеет в этом отношении состояние сердечной мышцы, а также наличие или отсутствие воспалительных процессов в сердце. Отсюда Frey выводит некоторые правила относительно терапии заболеваний сердца при беременности. Острый эндокардит, по его мнению, во всякой стадии беременности требует прерывания последней. Напротив, в случаях компенсированных пороков сердца, не осложненных воспалительными процессами в миокардии и эндокардии, прерывание беременности не показывается. Консервативный образ действий является, по автору, почти всегда наилучшим и в случаях пороков сердца,—не исключая и митрального стеноза,—с декомпенсацией, но без воспалительных изменений.

*В. Груздев.*

*Иогимбин, как млекогонное.* Nölle (Zentr. f. Gyn., 1923, № 45) горячо рекомендует иогимбин для увеличения секреции молока у кормящих грудью. Автор получал от этого средства прекрасные результаты даже и в тех случаях, где все остальные средства добиться этой цели оставались без успеха. Дозировка его была такая: в 1-й день автор впрыскивал подкожно 0,006 yohimbini hydrochlorici; если женщина хорошо переносила его,—на следующий

день впрыскивалось 0,01, и в этой дозе средство вводилось каждый день до получения желаемого результата (обыкновенно для этого требовалось от 4 до 7 инъекций). В. Г.

*Дисменоррея, как конституциональное расстройство.* Совершенно отрицая механическую дисменоррею и признавая прежние представления о т. наз. нервной дисменоррее неточными и неудовлетворительными, Hirsch (Zentr. f. Gyn., 1923, № 39) считает дисменоррею того и другого рода конституциональным расстройством. Обозревая случаи дисменорреей, наблюдавшиеся им в частной практике за 10 лет, он нашел, что 85% этих больных могут быть отнесены к астеникам (шизоидам), 2% — к циквикам и 13% — к специальным диспластическим типам. В числе астеников было 20% птотиков, 60% гипопластов, 50% неврастеников, 30% спазмофилов и 40% интерсексуальных больных. Характерную особенность астенической конституции составляет слабость всех органов и тканей, происходящих из среднего зародышевого листка, т. е. мускулатуры и соединительной ткани. Внешними признаками астеников считаются: длинное, узкое, бледное, худое лицо, длинный нос, малая нижняя челюсть, узкие плечи, длинная, плоская грудная клетка, скудная растительность на туловище при обильном развитии волос на голове, бровей и ресниц, тонкая, сухая кожа, слабая мускулатура, узкий таз, длинные конечности и пр. Для птотиков наиболее характерны расслабление связок внутренних органов и спланхнотоз; этим последним Н. и объясняет развитие дисменорреей у астеников данной группы; терапия должна заключаться в восстановлении тазового дна, применении средств для нарастания жировой ткани и гимнастике. У гипопластов соединительнотканый аппарат отличается короткостью и тугостью, матка бедна мускулатурой, тело ее мало, шейка длинна, часто имеется остроугольная антефлексия. Дисменоррею у них Н. объясняет тем, что лишенная эластичности и воспалительно раздражимая соединительная ткань сопротивляется серозному пропитыванию, сопровождающему менструальный прилив крови, а это ведет к сдавливанию и натяжению нервов и, рефлекторно, к спазмам маточной мускулатуры. Рациональная терапия должна заключаться в общем лечении, назначении органолептических, железа и мышьяка, ваннах и гимнастике, особенно же важное значение имеет здесь правильная половая жизнь. У неврастеников на первом плане выступает врожденная слабость вегетативной нервной системы, которая дает картину или ваготонии, или симпатикотонии. Картина ваготонии Н. характеризует гиперсекрецией и повышенной кислотностью желудочного сока, спастическими запорами, замедлением и неправильностью пульса, судорожными болями в тазу и крестце, склонностью к потливости; у симпатикотоников он отмечает беспокойство, ускорение пульса, сердцебиения, дермографизм и пр. Если возбудимость охватывает и животную нервную систему, то возникает состояние спазмофилии, для которого, по Н., особенно характеристичным является сочетание дисменорреей с мигренями. Лечение последних трех групп дисменорреей должно быть общим, состоя в применении теплых ванн, токов высокого напряжения и пр.; при спазмофилии нередко превосходные услуги оказывает введение извести, лучше внутривенное (Peritz