

### е) Акушерство и гинекология.

*Материал к вопросу—активная или консервативная терапия послеродовых кровотечений?* Li edentorf сообщает (М. т. W. № 22, 1934, стр. 828) о 165 случаях тяжелого послеродового кровотечения, наблюдавшегося в Лейпцигской акушерской клинике с 1924—1933 г. Часть материала доставлена извне. Собраны только действительно тяжелые кровотечения. Из 165 сл. консервативно лечено 110 (полный успех был в 77 сл., без изменений 25 сл., лихорадило 7, смертельный исход в 1 сл.) Активной терапии подверглись 55 сл. (полный успех в 27 сл., без изменений 10 сл., лихорадило 13 сл., умерло 5). При консервативной терапии отмечен один тяжелый сепсис, при активной—6). На основании своего материала а. предпочитает консервативную терапию послеродовых кровотечений.  
Т. Шарбе.

*Лейкэмия и беременность.* Paul Heissy. (Schweiz. med. Woch. № 27 9. 34). Две женщины в возрасте 32 л. и 35 л. заболели миелогенной лейкемией на 7 и 8 мес. беременности. В первом случае нормальные роды в срок, во втором кесарево сечение. В обоих случаях после родов резкое ухудшение болезни и смерть в первом сл. через 6 дней, во втором через 24 часа. Эти случаи показывают, что прерывание беременности при этой болезни не показано, ибо оно катастрофически ухудшает болезнь. Хроническая лимфатическая лейкемия не ухудшается после беременности и родов.  
Т. Шарбе.

*К вопросу о менструальном яде.* Mottsen приводит (М. т. W., 1934, № 38) литературу вопроса и собственные опыты влияния менструальной крови на дрожжевое брожение. Результаты следующие: менструальная кровь задерживает процесс брожения. В менструальной крови несомненно циркулирует вещество, которое задерживает брожение. О случайном загрязнении нельзя говорить, потому что этим не объясняется тот факт, что именно в первый день менструации задержка брожения особенно резко выражена. Дальнейшие исследования должны выяснить те условия, которые благоприятствуют появлению ядовитого вещества в менструальной крови. Seriously сомневаться в существовании такого яда теперь уже нельзя, хотя о природе его еще мало что известно. По всей вероятности ядовитое вещество является продуктом липоидного обмена. (Некоторые авторы доказали увеличение липоидов в менструальной крови, другие, как M a c h t и L u b i n, полагают, что менструальный яд представляет собой оксистерин и подтверждают свое мнение экспериментальными исследованиями). Наличие менструального яда можно легко доказать в молоке кормящей женщины. Даже при отсутствии менструации, яд вскоре после родов, выделяется через молочные железы через правильные 3--4-недельные промежутки. Менструальный яд не оказывает вредного влияния на окружающих, но в некоторых производствах может влиять отрицательно на качество продукции. Растительная протоплазма особенно чувствительна к менструальному яду (увядание цветов в руках менструирующих женщин). Дальнейшие наблюдения в этом отношении еще необходимы.  
Т. Шарбе.

### г) Ото-рино-ларингология.

*Опыт ото-рино-ларинголога в гриппозной эпидемии* D-r E. Erdelyi (Monatsh. Ohrenheilk. 1933. N. 12) свидетель и участник борьбы с большой гриппозной эпидемией, приводит интересное наблюдение относительно частоты и характера течения того или иного о.-р.-л. заболевания в гриппозную эпидемию. Прежде всего он отмечает тот факт, что при гриппе чаще всего имеет место смешанная инфекция диплококков, пневмококков, стрептококков во главе с инфлюэнзно-подобным бациллом Пфейффера. Гриппозные вспышки последнего времени отличаются тяжестью явлений, пандемическим характером распространения и частотой смертельных исходов. Из о.-р.-л.—заболеваний автор приводит наблюдения над отитами, синуситами, ларинго-трахеитами и др. Воспаление среднего уха главным образом дало большее число случаев среди грудных детей; чаще всего отиты были следствием какого либо появления патологии со стороны верхних дыхательных путей, напр, легких. Лихорадка, часто обусловленная воспалением среднего уха, обычно быстро падает после парацетеза.

Рецидивы отитов были очень часты. В некоторых случаях парацентез приходилось делать 2—3 раза. Во всех случаях лихорадочного течения, особенно у грудных детей парацентез является абсолютно необходимым, конечно, при измененной картине барабанной перепонки. Исследование барабанной перепонки у грудных значительно труднее, чем и у взрослых, т. к. зеркальное исследование технически и анатомически труднее, и кроме того перепонка у детей толще и менее прозрачна.

Осложнения со стороны сосцевидных отростков мало имели места; раз или два ощущалась чувствительность к давлению против антрума, но она вскоре прекращалась после парацентеза. У детей в единичных случаях были признаки мастоидитов; давящие боли в первую неделю острога отека сосцевидного отростка, высокая, даже не падающая, после парацентеза лихорадка. Но не было случаев, говорящих за необходимость ранней операции. У взрослых воспаление среднего уха нередко. Для гриппа важно наличие кровяных пузырьков; на барабанной перепонке и в наружном слуховом проходе. Трое были (взрослые) оперированы по поводу мастоидита; все трое жаловались на боли в ушах, за 4—5 недель до операции болели гриппом одну неделю. Ко времени операции барабанная перепонка вполне нормальна, клетки сосцевидного отростка сохраняли, 4—5 недель до операции, инфекцию латентной, и характерные признаки мастоидитов обратили на себя внимание лишь за 7—8 дней до операции. Вообще отмечено до 50 случаев с ушными болями, при чем у всех и зеркальное и функциональное исследование дали вполне нормальную картину. Это были невралгические боли, проэцировавшиеся то над, то под ухом, то на височной площадке. Важное тепло, салицилаты давали благоприятные результаты в течение 1—2-х недель.

Воспалительные осложнения придаточных носовых пазух при гриппе очень частое явление, главным образом воспаляются лобная, верхнечелюстная пазухи и передние решетки, открывающиеся в средний носовой ход; наоборот, основная пазуха и задние отделы решетчатой режы вовлекаются в процесс.

Воспаление лобной пазухи сопровождалось сильными невралгическими болями, которые, достигая своего апогея в полдень, после обеда обычно стихали или прекращались вовсе. Смазывание среднего носового хода 20% сос. + адрен., влажное тепло, покой, салицилаты ликвидировали данный процесс в 8—10 дней. В некоторых случаях данные средства не приводили к цели и боли были стойкими, благодаря препятствию оттока гноя из пазух (из-за искривленной перегородки, тесного выводного отверстия или неправильного изгиба носовой раковины). Здесь обычно выступала эндоназальная операция со вскрытием решетчатого лабиринта и расширением выводного отверстия лобной пазухи.

Невралгия надглазничного нерва всегда сопровождала воспаление лобной пазухи, дифференциальный диагноз зависимости данной невралгии от фронтита ставился благодаря рино-и рентгеноскопии. По излечении фронтита, обычно, вскоре, прекращались и невралгии. Точно также этмоидиты всегда представлялись спутниками воспаления лобной пазухи, благодаря их непосредственной близости.

Острое заболевание Гайморовой пазухи представляло особенно частое осложнение. Лихорадка так же, как и местные боли, наблюдалась вначале заболевания. Лечение состояло в производстве пункций с последующими промываниями. После 5—6 промываний гноя уже не было. Некоторые случаи тоже нескольких промываний приводили к излечению, а наоборот с латентным, хроническим воспалением потребовали радикальной операции.

При гриппе очень часты ларингиты и трахеиты острые, а также отёки гортани. В двух случаях автора потребовалось оперативное вмешательство, благодаря отеку внутренней поверхности надгортанника, черпал и межчерпаловидного пространства.

Б. Соколов.

*К патогенезу и дифференциальному диагнозу постангинозного сепсиса.* Д-р Н. Klintrup (Acta oto-Laryngologica. Fol. XVIII Fasc. 3—1933 г. S—340) говорит, что в последнее время в медицине многие занимаются вопросом постангинозного сепсиса, но, несмотря на ряд обширных работ Vass'a, Uffe-pørde, Claus'a и др., ясности еще здесь нет. Господствует богатое разнообразие в вопросах о том, где входные ворота и каковы пути распространения