

как для диагностики беременности, так и для определения пола утробного плода. Проверив А. Е. Р. на сотне случаев беременности VIII и IX месяцев, Joseph и Rabaи (Deut. med. Woch., 1926, № 52) получили правильные заключения относительно пола плода лишь в 61%, да и относительно диагноза беременности А. Е. Р. оказалась значительно уступающей другим реакциям. Р.

188. *Растройства частоты сердечных тонов плода в течении периода раскрытия.* На основании большого статистического материала Zangemeister (Zentr. f. G., 1926, № 14) указывает на ошибочность довольно распространенного взгляда, что растройства частоты сердечной деятельности плода в первом периоде родов являются сравнительно невинными. На 6035 родов автор в 2% наблюдал растройства сердечной деятельности плода в виде замедления ниже 100 ударов в минуту, ускорения выше 160 ударов и выраженной аритмии; из этих детей 23% умерли, 30%—родились в асфиксии. Растройства деятельности сердца наступали во второй половине периода раскрытия, причем даже кратковременное растройство имеет, по автору, плохое прогностическое значение. Наиболее частой причиной подобного рода растройств является преждевременный разрыв плодного пузыря, в особенности при плоском тазе, и нарушение плацентарного кровообращения. А. Тимофеев.

189. *Роды в тазовом предлежании плода.* Friis Basmussen (Acta obs. et gyn. scan., 1926, N. 1; по Ber. ü. die ges. Gyn., Bd. XI) сообщает о результатах, полученных в Копенгагене с 1910 по 1921 годы на материале в 465 случаев. Для прогноза важную роль играют длительность родов и преждевременный разрыв пузыря, встречающийся часто. Смертность в послеродовом периоде выше средней смертности для остальных родов. Менее благоприятен прогноз для первородящих, в особенности более пожилого возраста. Разрывы промежности отмечены во общем в 55,2%, а у первородящих—в 73%, причем 1,4% их падают на разрывы третьей степени. Общая смертность детей равна 14,2%, причем и здесь первородящие дали худшие результаты. Чтобы улучшить результаты, в особенности в периоде изгнания, автор советует прибегать к искусственному извлечению плода, причем у первородящих необходимо сделать эпизиотомию. В половине случаев автора была применена экстракция за тазовый конец, и там, где она была применена профилактически, смертность детей равна 0; наоборот, если к ней приступали при начавшейся уже асфиксии плода, смертность была 18,4%. Ridler (Med. Journ. of Australia, 1926, № 26), наоборот, утверждает, что нормальное тазовое предлежание дает лучшие результаты для детей, если роды проводятся без искусственного вмешательства. Этот автор в поликлинической практике получил смертность доношенных детей при тазовых предлежаниях равной лишь 1,13%, а для клиннки 3,44%; такую разницу он объясняет тем обстоятельством, что в клинику поступают наиболее трудные случаи. Всякое вмешательство во время родов, по R., ухудшает прогноз для детей. Поворот на ножку и экстракция при выпадениях пуповины не дают хороших результатов. А. Т.

190. *Признаки внутриутробной смерти плода.* Merletti и Vignadi (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XI), исследуя состояние крови матери в случаях внутриутробной смерти плода, установили известное постоянство наблюдаемых при этом изменений. При наступлении потрясающих ознобов и повышении температуры, которые нередко наблюдаются после внутриутробной смерти плода, отмечается падение числа лейкоцитов и вновь увеличение их обратно пропорционально падению температуры, причем вначале апирексии наблюдается относительный гиперлейкоцитоз и только через 24 часа—возвращение числа лейкоцитов к норме. Наблюдается также понижение максимального и минимального кровяного давления обратно пропорционально повышению температуры. Описанные явления авторы считают результатом общей реакции организма с растройством в системе кровообращения,—реакции, аналогичной шоку, вызываемому протеиновыми телами и коллоидальными металлами. Развитие шока авторы объясняют тем обстоятельством, что вследствие смерти плода перегорodka, разделяющая кровь плода и матери, начинает пропускать продукты распада белка, которые и вызывают шок. А. Т.

191. *К учению об инфекционных воспалительных заболеваниях женских половых частей.* Разбирая этот вопрос, известный американский гинеколог А. Curtis (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 1) приходит к некоторым заключениям, резко различающимся от того, что принято в современной гинекологии.