

ного вмешательства в первые 12 час., 5) хронические остеомиелиты и 6) осложненные переломы. Временному дренированию или тампонированию, по автору, подлежат: 1) острые остеомиелиты, 2) глубокие абсцессы и флегмоны, 3) абсцессы и флегмоны с вялыми грануляциями после разрезов и у ослабленных суб'ектов. В. Г.

Ревматизм позвоночника. Proebster (Arch. f. ort. u. Unfall-Chirurgie, Bd XXI, H. 3) на основании 4 собственных наблюдений и подробного литературного освещения вопроса полагает, что в происхождении ревматизма позвоночника, как и в происхождении хронического ревматизма вообще, играет роль главным образом охлаждение, в более редких случаях—травма, инфекция (диплобациллы, стафилококки и мн. др. микробы) и токсические моменты. Патологическое влияние охлаждения по Schade (Münch. med. Woch., 1919, S. 1021; 1920, S. 449; 1921, S. 95—144) заключается в том, что при охлаждении жидкий коллоидный раствор клетки начинает в отдельных частях своих превращаться в плотную субстанцию. Эти отдельные уплотненные частички, имеющие в диаметре $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{1000}$ микрона, едва обнаруживаются ультрамикроскопическим путем. Микроскоп же в состоянии уловить процесс лишь при его дальнейшем развитии, т. е. когда участки оплотнения коллоидного раствора значительно увеличатся в размере, давая впечатление эмульсии. Если болезнь прогрессирует, то клетка уже оправиться не может, наступает ее некроз со всеми вытекающими отсюда известными реакциями организма: рассасыванием распада, явлениями регенерации, пролиферацией соединительной ткани, пластическими отложениями и пр. В заключение своей работы Proebster приходит к выводу, что улучшение и даже излечение при ревматизме позвоночника возможны, но все же обычные терапевтические меры оказываются здесь мало действительными, причем в прогрессирующих случаях может развиваться spondylitis ankylopoëtica. М. Фридланд.

2) Акушерство и гинекология.

Нижний сегмент маточного тела. Обстоятельные анатомо-гистологические исследования как небеременных, так и беременных маток убедили Н. Schmidt'a (Zeit. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXXV, H. 2), что т. наз. нижний сегмент есть отдел маточного тела, прилежащий к шейке, верхнею границею которого является место прочного прикрепления брюшины к передней маточной стенке, а нижнею—место перехода слизистой маточного тела в цервикальную мукозу. Слизистая оболочка его такова же, как и слизистая тела. В небеременной матке он образует узкий канал—isthmus. Тотчас после начала беременности его мукоза, в противоположность шеечной, начинает изменяться, превращаясь в типичную отпадающую оболочку. Кроме того, уже начиная со II месяца беременности нижний сегмент начинает изглаживаться, постепенно входя в состав вместилща яйца, каковое изглаживание заканчивается на V—VI мес.; напротив, внутренний зев до конца беременности остается закрытым и шейка—сохранившея. Стенки нижнего сегмента во время беременности испытывают точно такие же изменения, как и стенки маточного тела вообще,

т. е. в первую половину их мускулатура гипертрофируется, во вторую же стенки его растягиваются. Во время акта родов мускулатура нижнего сегмента играет пассивную роль,—она растягивается, и, благодаря этому, стенка нижнего сегмента истончается—так же, как и стенка шейки.

В. Груздев.

К биологии маточного перешейка (isthmus uteri). Хотя выстилающая этот отдел матки слизистая оболочка и имеет такое же строение, как *mucosa corporis uteri*, однако, по исследованиям Nürnbergger'a (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXXV, Н. 1), участие ее в цикле менструальных изменений гораздо слабее, чем участие этой последней. В частности, присущее мукозе маточного тела предменструальное набухание в слизистой *isthmus'a* бывает едва выражено. Равным образом в гораздо меньшей степени, чем в *corpus uteri*, происходит здесь и отторжение поверхностных слоев мукозы. Отсюда Н. приходит к выводу, что перешейковая мукоза является гораздо менее приспособленной для прививки оплодотворенного яйца, чем слизистая верхнего сегмента маточного тела.

В. Груздев.

Флоридзиновая гликозурия, как признак беременности. Многочисленные наблюдения убедили Klasten'a (Zentr. f. Gyn., 1924, № 17), что, если после внутривенного введения 2 mg. флоридзина у женщины не получается гликозурии, то беременность с большой вероятностью может быть исключена. В случае положительного результата реакции надо в один из ближайших дней выпрыснуть еще 1 mg. флоридзина, причем быстрое и резкое наступление гликозурии будет говорить за наличие беременности,—однако, не всегда, а в 76,3%, по наблюдениям автора. У небеременных наступление гликозурии после введения 1 mg. флоридзина принадлежит к редкостям.

В. Груздев.

Лечение внутриутробной асфиксии плода. Frey (Zentr. f. Gyn., 1924, № 18) предлагает для борьбы с внутриутробной асфиксией плода хлороформирование. Если частота сердечных тонов плода в течение всей паузы между двумя схватками будет меньше 100 в минуту, то немедленно хлороформируют роженицу, причем, если в течение 10—15 мин. после начала наркоза сердцебиение плода сделается нормальным или приблизительно нормальным по частоте, то прерывают хлороформирование и предоставляют роды естественному течению; если же в течение указанного срока восстановления нормальной частоты сердцебиения не произойдет, то необходимо прибегнуть к оперативному окончанию родов. Само собою разумеется, что случаи асфиксии плода, зависящей от выпадения пуповины, не подходят под это правило.

В. Груздев.

Практические указания относительно применения средств, сокращающих матку и кровоостанавливающих, дает Stratz (Zntrb. f. G., 1924, № 1—2) на основании своих многолетних наблюдений. Особенно подчеркивает он опасности применения этих средств в течение периода раскрытия. Лучшими средствами при первичной слабости потуг он считает терпение врача и применение малых