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 выстилающающая этот отдел матки слизистая оболочка и имеет такое же строение, как mucosa corporis uteri, однако, по исследованиям Nürnberger'a (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXXV, H. 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 N. приходит к выводу, что перешейковая мукоза является гораздо менее приспособленною для прививки оплодотворенного яйца, чем слизистая верхнего сегмента маточного тела. *В. Груздев.*

Флоридзиновая гликозурия, как признак беременности. Многочисленные наблюдения убедили Klaften'a (Zentr. f. Gyn., 1924, № 17), что, если после внутривенного введения 2 mg. флоридзина у женщины не получается гликозурии, то беременность с большою вероятностью может быть исключена. В случае положительного результата реакции надо в один из ближайших дней впрыснуть еще 1 mg. флоридзина, причем быстрое и резкое наступление гликозурии будет говорить за наличность беременности,—однако, невсегда, 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 втечение всей паузы между двумя схватками будет меньше 100 в минуту, то немедленно хлороформируют роженицу, причем, если втечение 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 втечение 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 кровеостанавливающих, дает Stratz (Zntrb. f. G., 1924, № 1—2) на основании своих долголетних наблюдений. Особенно подчеркивает он опасности применения этих средств втечение периода раскрытия. Лучшими средствами при первичной слабости потуг он считает терпение врача и применение малых

доз narcotica. При начинающемся аборте он рекомендует покой и наркотики, от дачи же препаратов спорыньи предостерегает, т. к. они затрудняют выделение яйца в дальнейшем. Хинин вызывает физиологические сокращения матки, и Stratz считает его средством, способным предупредить наступление беременности, если перед каждой ожидаемой менструацией принимать его по 1,0—2,0 гр. Наконец, автор описывает применяемый им метод консервативного лечения миом, который состоит в том, что больная получает небольшие—0,5—1,0 гр.—дозы эрготина еженедельно в свободные от кровотечений промежутки. Лечению подлежат небыстро растущие интерстициальные или субсерозные миомы. Перед началом лечения полезно произвести выскабливание. Во время кровотечения эрготин не дается. Из препаратов hydrastis автор предпочитает Liquidzrast Bayer'a. При послеклимактерических кровотечениях он считает показанным пробное выскабливание. *А. Тимофеев.*

Резекция яичников при меноррагиях. На основании своих,—правда, немногочисленных,—наблюдений Köhler (Zentr. f. Gyn., 1923, № 44) находит, что при меноррагиях, не поддающихся лекарственному лечению, полезно прибегать к частичной резекции яичников: месячные после этой операции, сохраняя свой нормальный тип, делаются гораздо менее обильными, причем каких-либо климактерических растройств не наблюдается. Чтобы операция достигла своей цели, надо, однако, удалять значительные количества яичниковой ткани—от $^3/_4$ до $^5/_6$, т. е. оставлять, напр., не более $^1/_4$ части того и другого яичника. Причину терапевтического эффекта операции автор видит в удалении большей части созревающих фолликулов. *В. Г.*

Внутривенные вливания 40% раствора уротропина в гинекологии. Испытав эти вливания на весьма большом материале, Quack (Zentr. f. Gyn., 1923, № 50—51) нашел, что 1) профилактические вливания 5 куб. сант. 40% раствора уротропина после операций приводят к сильному спазму пузыря, почему и не должны быть применяемы; 2) что у старых, ослабленных больных не замечается от вливаний никаких вредных побочных действий; 3) что разовая ин'екция 3 куб. сант. 40% раствора уротропина в случае, где спустя 24 часа после операции есть еще задержка мочеиспускания, в 95% вызывает самостоятельное, почти безболезненное опорожнение пузыря; наконец, 4) что при внутривенном применении уротропина достигается блестящий успех при начинающихся и даже затяжных циститах. *Б. Тарло.*

д) Педиатрия.

Лейкоцитарная картина крови у детей при растройстве питания. Rominger (Jahrb. f. Kind., B. 103) исследовал по Schilling'у лейкоцитарную картину крови у 66 детей в возрасте от 2 недель до 1 года. Всего им было произведено 211 исследований. У здоровых детей, из которых большая часть была на грудном кормлении, были при этом установлены следующие средние соотношения: общее число лейкоцитов равняется 15,000, число лимфоцитов—от 48, 5 до 81%, число нейтрофилов соответственно уменьшено, причем молодых форм