

каина в количестве 4 к. с. с каждой стороны. Выпрыскивания повторяются с промежутками в 7 дней. Обычно после первого же выпрыскивания наблюдается улучшение, сменяющееся потом возобновлением зуда, который окончательно проходит после 4—5 выпрыскиваний.

В. Г.

Образование искусственного влагалища из кожи предлагает Fгаенkel (Zntrl. f. G., 1924, № 6). 1-ый акт операции—вырезывание пластинки гимена и отсепаровка пузыря от прямой кишки на глубину одного пальца с последующей тампонадой образованной полости. 2-ой акт—лапаротомия с разрезом Pfannenstiel'я, ориентировка в существующих в брюшной полости анатомических отношениях и вскрытие брюшины в образованный канал особым корнцангом под контролем пальца левой руки, введенного через канал. 3-ий акт—вырезывание кожных лоскутов в 17 сант. длиной и 5 сант. шириной из нижней части больших губ и внутренней поверхности бедер с основанием в introitus vaginae, сшивание лоскутов в виде трубки эпителием внутрь, закрытие просвета этой трубки, выворачивание и проталкивание ее в новообразованный канал до брюшной полости. 4-ый акт—вентрофиксация верхнего конца трубки, тщательная его перитонизация и закрытие брюшной полости. 5-ый акт—зашивание раневых поверхностей на вульве и бедрах. В другой модификации автор советует лоскуты вырезывать короче и верхний конец трубки фиксировать в полости малого таза. Лоскуты можно взять и из передней брюшной стенки.

А. Тимофеев.

Родовая деятельность женщины и миомы матки. Как известно, вопрос об этиологической связи между родовой деятельностью женщины и заболеланием миомами давно уже служил предметом споров среди гинекологов. Разработав его на обширном статистическом материале, Hinder mann (Zeit. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXXII, N. 2) пришел к решительному заключению, что вопрос этот должен быть решен в отрицательном смысле, т. е., что в этиологии миом матки количество родов у женщин не играет никакой роли.

В. Груздев.

К оперативному лечению рака матки. Как известно, наибольший % женщин, погибающих после оперативного вмешательства по поводу рака матки, гибнет от сепсиса, причем возбудителями последнего являются микробы, еще до операции попавшие в тазовую клетчатку и лимфатические железы. Имея это в виду, Витт (Zeit. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXXV, N. 1, S. 204) за последнее время принял за правило,—прежде, чем предпринимать операцию, выдерживать каждую больную с раком матки в клинике в течение 8 дней, тщательно следя у ней за t^0 . Если кривая последней окажется неправильной, с лихорадочными повышениями, то такой случай признается не подходящим для операции и лечится радием или Röntgen'овскими лучами, оперативному же лечению подвергаются только вполне безлихорадочные случаи.

В. Г.

Гомопластическую трансплантацию яичника рекомендует Sippel (Zntrlb. f. Gyn., 1924, № 1—2) при лечении бесплодия, в основе которого лежат растройства и неправильности процессов

созревания яйца с склонностью к преждевременному разрыву фолликулов, с последующей атрезией или мелкокистовидным перерождением, при легких степенях гипоплазии матки. Автор советует путем лапаротомии осматривать яичники, удалять кистовидные участки и исправлять неправильные положения матки. Из 4 описанных им случаев в 3 вскоре наступила беременность. Sirel полагает, что трансплантат (помещаемый обычно в превезикальную клетчатку) вызывает активирующее раздражение яичников, побуждая их к созреванию фолликулов.

А. Тимофеев.

д) Педиатрия.

О влиянии коклюша на течение туберкулеза. По Rosprichill'ю коклюш не активизирует туберкулеза. Это подтверждается и наблюдениями Gottlieb'a и Möllera. Koenigsberger и Fuerst, проверяя эти утверждения на основании 900 случаев (Zeit. f. Kinderh., XXXVII, $\frac{1}{3}$) пришли к заключению, что коклюш в несколько меньшей степени, чем корь, активизирует туберкулезные процессы у детей в возрасте до 14 лет. Они наблюдали после коклюша развитие туберкулезного плеврита в 1 случае, милиарного туберкулеза—в 7, туберкулезного менингита—в 3 и казеозной пневмонии—в 4 случаях, причем в 6 случаях активный туберкулез развился непосредственно после коклюша.

М. Левит.

О „феномене погашения“ при скарлатине. Под таким названием Schulh и Charlton описали (Zschr. f. Kinghik., Bd. 27) следующее явление: если скарлатинному больному впрыснуть в кожу, во время развития сыпи, 1 к. с. сыворотки выздоравливающего от скарлатины или здорового человека, то через несколько часов на месте впрыскивания сыпь исчезает на пространстве диаметром в 3—5 сант. и уже не появляется больше. При других сыпных болезнях этого не наблюдается, так что этим симптомом можно пользоваться для распознавания сомнительных случаев скарлатины. Тоomey и Nougse (Am. Journ. of Dis. of Children, 1924, vol. 27, № 2) проверили это на 133 скарлатинных и 22 контрольных больных и нашли, что некоторые сыворотки дают „феномен погашения“ в большом % случаев, другие—нет; это свойство сыворотки не зависит оттого, к какой группе людей принадлежит по своим изоагглютинам лицо, давшее сыворотку. Нормальные сыворотки дают, в общем, больший % положительных результатов, чем сыворотки больных. Сыворотка, взятая у скарлатинного больного до 14-го дня болезни, не вызывает „феномена погашения“, что также может быть использовано с диагностической целью. Так, у 5 больных, подозрительных по скарлатине, была взята сыворотка и впрыснута больным с хорошо развитой сыпью; побледнения кожи не получилось, и дальнейшее течение подтвердило диагноз скарлатины. Наоборот, сыворотка лиц, бывших в соприкосновении со скарлатинными больными и заболевших ангиной, погашала сыпь у явно скарлатинных больных, что указывало на не-скарлатинную этиологию заболевания у первых, как это подтвердилось и дальнейшим течением. Различные гипотезы, предложенные для объяснения „феномена погашения“ (действие адреналина вводимой сыворотки, нейтрализация ею сосудорасширяющих свойств