

320. К диагнозу беременности в первый месяц. Randa (Wien. med. W., 1927, № 3) сделал наблюдение, что легкое, равномерное давление пальцем в течение нескольких секунд на переднюю поверхность беременной матки, в особенности в боковых ее частях, оставляет долго не исчезающую ямку. Глубина этой ямки различна в зависимости от консистенции матки и при очень мягкой консистенции может достигать 1 см. и больше. Автор находил этот признак уже в первые недели беременности. Резче всего удается получить этот феномен на 9—11 неделе от начала последней менструации. Позднее 16-ой недели получить этот признак уже не удастся. 60% всех беременных в первый месяц дали ясно указанный признак, возникновение которого R. ставит в связь с отеком матки.

А. Т.

321. К терапии эклампсии. Stoesckel (Zentr. f. G., 1927, № 3) является сторонником при эклампсии немедленного родоразрешения, которое здесь должно быть предпринимаемо так же быстро, как операция при разорвавшейся беременной трубе. Если условия для поворота или наложения щипцов отсутствуют, лучшим методом при отсутствии лихорадки и при живом плоде является, по мнению St., трансперитонеальное первикальное кесарское сечение. При лихорадке или при мертвом плоде показана hysterotomia vaginalis anterior. 119 экламптичек, леченных по такому принципу, дали 8% смертности с 9% смертности детей. Все жизнеспособные дети, полученные при операции кесарского сечения, остались живыми. Быстрое родоразрешение St. считает операцией выбора и к таким методам терапии, как парюттики и кровопускания, прибегает лишь в том случае, когда не удалось успеха от родоразрешения.

А. Тимофеев.

322. Первичная слабость маточных потуг и вегетативная нервная система. Clausner Fiorenzo (Ann. di ostetr. e gin., 1926, № 6) исследовал вегетативную нервную систему у 15 родильниц после нормально протекших родов и у 23 родильниц, у которых роды были осложнены первичной слабостью маточных схваток и должны были быть окончены искусственно. Оказалось, что нормальные родильницы, как правило, обнаруживали ваготонию, к которой в известной части случаев присоединялась повышенная раздражимость sympathici, в то время, как родильницы с первичной слабостью потуг ваготонии никогда не обнаруживали и давали обычно нейтральную реакцию, подобно нормальным небеременным женщинам: лишь в отдельных случаях у них определялась симпатикотония.

А. Тимофеев.

323. Искусственная замена околоплодных вод после преждевременного разрыва плодного пузыря. Wieloch (Zentr. f. G., 1926, № 44) в целях устранения многих нежелательных, а иногда и тяжелых, последствий преждевременного разрыва пузыря во время родов предложил особый инструмент, с помощью которого можно производить искусственную замену околоплодной жидкости. Инструмент состоит из обычного Dührsen'овского метрейринтера, через выводную трубку и полость которого проведена еще особая трубочка, заканчивающаяся на наружной поверхности баллона и не имеющая сообщения с его полостью. Введя баллон и наполнив его 500 куб. с. стерильного раствора NaCl, через внутреннюю трубочку вводят тоже 500 куб. с. физиологического раствора NaCl в полость плодного пузыря, заменяя таким образом вытекшие воды. Такой образ действия автор считает показанным, когда наступает непосредственная опасность асфиксии для плода при недостаточном открытии зева, напр., при выпадении пуповины, далее—когда во время родов наступают такие осложнения, которые значительно затрудняют или даже делают невозможным самостоятельное окончание родового акта, напр., слабость схваток, выпадение конечностей, поперечное положение при нераскрытом зеве, наконец, в тех редких случаях, где в интересах плода приходится прибегнуть к повороту и экстракции.

А. Т.

324. Опасности операции выжимания последа по Credé. Dugoff (Therapie d. Gegenw., N. 6, 1926) обращает внимание на целый ряд осложнений, которые могут возникнуть в связи с применением метода Credé. Если плацента прикреплена к передней стенке матки, и еще не вполне отделилась, то сильное давление на эту стенку большим пальцем при методе Credé может нарушить нормальный механизм отделения и повлечь за собой задержку части плацентарной ткани. Такое вредное давление большого пальца на неотделившуюся еще от маточной стенки часть плаценты легче всего происходит в том случае, когда плацента отделяется по механизму Duncan'a. Для уменьшения указанной опасности D.

советует по возможности избегать изолированного давления на матку со стороны большого пальца оперирующей руки. При слишком раннем применении ручного приема C r e d é могут наблюдаться послеродовые атонические кровотечения. В качестве других осложнений указываются надрывы серозного покрова матки, гематомы брюшинной стенки, а также известная опасность инфекции в связи с вдавливанием влагалищной части иногда до уровня входа в рукав. При энергичных повторных попытках выжать послед по C r e d é возможны разрывы матки. Наконец, при форсированном выполнении ручного приема могут получиться повреждения и гематомы в толще маточной стенки, приобретающие особое значение в случае септической инфекции.

А. Тимофеев.

325. *Новая сыворотка для лечения послеродового сепсиса.* Warne r o s, Lou r o s и Beck e r (Münch. m. W., 1926, № 51), опираясь на работы американских авторов с выделением токсина scarlatinoзного стрептококка, сделали попытку выделить токсин пурпурального стрептококка и получить у лошади антитоксическую сыворотку по американскому методу D o c h e z (Agarklossmethode), которая и была применена ими с терапевтической целью у 200 женщин с послеродовым сепсисом, при строгом клиническом и бактериологическом контроле каждого случая. 50 куб. с. этой сыворотки вводились интрамускулярно, и инъекции повторялись ежедневно до полного падения температуры. От интравенозных инъекций авторы отказались, т. к. 2 раза видели тяжелый анафилактический шок. Лечение надо начинать возможно ранее, пока нет еще метастазов и непоправимых повреждений органов. Все эти 200 тяжелых случаев ни одного летального исхода не дали. Один случай стафилококкового поражения, леченный этой же сывороткой, лечению не поддался, что тоже говорит за специфичность сыворотки.

А. Т.

326. *В целях профилактики гинекологических заболеваний* в связи с расстройствами в послеродовом периоде Miller (Amer. j. of obst., v. 12, № 6; по Ber. ii. d. g. Gyn., Bd. XII) обращает внимание на основные пункты в деле ухода за родильницами. Каждая родильница должна подвергаться исследованию не менее, как в течение 2 мес. после родов. При этом могут быть замечены и устранены аномалии со стороны маточной шейки, а также различные аномалии положения матки и порочное обратное ее развитие. Ношение pessaria Ho d g e или S m i t h 'a в течение 2—3 мес. дает хорошие результаты и позволяет расслабленному связочному аппарату матки восстановить его тонус. Автор является противником раннего вставания родильниц и заменяет его активными движениями родильницы в постели. Большое внимание должно быть уделено у родильниц уходу за мочевым пузырем, причем к катетеризации рекомендуется прибегать лишь в крайнем случае.

А. Т.

327. *Лечение маточных кровотечений раствором соды.* В e n z e l (по Berich. ii. d. ges. Gyn., Bd. XI) предлагает для остановки послеродовых и различных гинекологических кровотечений применять 5—10% раствор соды, причем пропитанной раствором марлей матка тампонируется на 12—14 часов. Для остановки гинекологических кровотечений можно также вводить в матку палочки с 10% содержанием соды. Автор описывает случай сильнейшего кровотечения, наступившего после удаления субмукозной миомы, которое могло быть остановлено только «содовой тампонацией».

А. Т.

е) *Невропатология и психиатрия.*

328. *К лечению морфинизма.* R ö m e r (Kl. Woch., 1925, № 8) рекомендует отучать морфинистов, постепенно понижая дозу морфия, в течение недели. В качестве заменяющего средства он советует давать люминал-натрий в количестве 0,6—1,0 pro die. Средство это дается больному некоторое время и после прекращения дачи морфия, но это per os.

Р.

329. *О лицевых диплегиях кортикального происхождения.* Уже кортикальные лицевые моноплегии наблюдаются в клинике сравнительно редко, кортикальные же лицевые диплегии являются большой редкостью. Ch. Fo i x и T. A. Ch a v a n y (Annales de Médecine, XX, № 5, 1926) описывают два случая диплегии кортико-субкортикального происхождения (без поражения подкорковых узлов) с явлениями паралича со стороны лица, языка, глотки и жевательных мышц. Эти случаи отличались от обычных псевдобульбарных случаев (стрио-капсулярного происхождения) интенсивностью паралитических явлений, малой выраженностью спазмо-