

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.* *W a r n e r* *g o s*, *L o u r g o s* и *B e c k e r* (*Münch. m. W.*, 1926, № 51), опираясь на работы американских авторов с выделением токсина scarlatинозного 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 *H o 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.* *V 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. Foix* и *T. A. Chauvanu* (*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-

дического смеха и плача, отсутствием ассоциативных явлений нарушения ходьбы, сфинктеров и интеллекта. Движения в лице имелись при синергичных движениях, наблюдалась полная афония (при сохраненном понимании чужой речи). При аутопсии было констатировано, на почве тромбоза артерий перероландической борозды обеих сторон, поражение следующих лобных извилин: основания E<sub>1</sub>, F<sub>2</sub>, F<sub>3</sub> и Fa (нижние две трети)—коры и ближайшей к коре подкорковой области.

*П. Русецкий.*

330. *Изменения яичек у шизофреников.* Д-р Witte (Zeit. d. g. N. u. Ps., Bd. 98) при макро—и микроскопическом исследовании яичек в 134 случаях dementiae praec. обнаружил более, чем в 1/2 случаев, анатомические отклонения этих органов от нормы, а именно, очень маленькие яички в 60%, недостаточность спермиогенеза—в 1/2 всех случаев, уменьшение числа промежуточных клеток—в 20%, часто—очаги запустевших трубок без воспалительных явлений и т. д. Эти изменения могут быть рассматриваемы, по его мнению, как выражение врожденной неполноценности органа.

*М. Шифрина.*

331. *Анатомические изменения при dementia praecox.* Fünfgeld (Zeit. f. d. g. N. u. Ps., Bd. 95) на основании микроскопического исследования 5 случаев dementiae praecox. разной длительности кладет в основу данного психоза лишь изменения коры головного мозга, отрицая участие базальных ганглиев, где он не обнаружил первичного поражения. Автор считает типичной для dementiae praecox такую картину поражения коры: липоидный склероз, жировое перерождение ганглиозных клеток, отсутствие первичных излияний сосудов и, в особенности, преобладающее поражение III и IV Brodmann'овских слоев.

*М. Шифрина.*

332. *Как предупредить прогрессивный паралич и спинную сухотку?* Нанпртманн (Zentr. f. N. u. G. XXII, N 1/2, 1927, реф.) полагает, что метасифилис развивается двумя путями: 1) токсическим—при отсутствии защиты нервной субстанции со стороны крови и ликвора и 2) непосредственным внедрением и размножением спирохет в мозгу. Оба пути обусловлены недостаточной защитной силой инфицированного организма во второй стадии. Поэтому для предупреждения метасифилиса не нужно бороться со вторичными кожными явлениями сифилиса, а наоборот—следует усилить их воздействием на кожу и места образования лимфоцитов, для чего, помимо лечения лихорадкой, надо проводить энергичное освещение искусственным горным солнцем.

*А. Вайнштейн.*

333. *Успехи лечения прогрессивного паралича.* Weygandt (Zentr. f. N. u. G., 1926, XXI, N. 9/16, реф.) на основании литературы и собственных 700 наблюдений приходит к выводу о прекрасном действии прививок малярии на прогрессивный паралич. Полные ремиссии он имел в 31%, неполные в 60—70%; так как, однако, здесь нет гарантии в стойкости ремиссий, то W. избегает применять термин „излечение“ при этом методе. Заболевания сердца и аорты не могут служить противопоказанием к прививке малярии, т. к. половина прогрессивных паралитиков страдает сифилисом сердца и сосудов. Процент смертности достигает у W. 6,9, причем в частной практике он не имел ни одного смертного случая. Гистопатологическое действие прививки малярии еще не выяснено; видимо, усиленный распад белков при высокой t° ведет к усиленной продукции защитных тел, к усилению группового иммунитета. Открытым стоит также вопрос о необходимости комбинирования искусственных прививок малярии с висмутовым или сальварсанном лечением.

*А. Вайнштейн.*

### ж) Сифилидология.

334. *Реакция Blumenthal'a в спинномозговой жидкости при сифилисе центральной нервной системы.* Применив эту реакцию в ряде случаев (46) прогрессивного паралича, сифилиса мозга, спинной сухотки и др. заболеваний центральной нервной системы сифилитического происхождения, Б. И. Серафимов в (Журн. для усов. врачей, 1926, № 7-8) во всех этих случаях получил от нее положительный результат,—так же, как и от RW. В виду этого он признает данную реакцию заслуживающей внимания со стороны практических врачей,—тем более, что техника ее очень проста: в небольшую стерильную пробирку наливают по стенке пипеткою 0,25 к. с. спинномозговой жидкости и к ней прибавляют, таким же образом, сначала 0,25 к. с. 1 1/2% водного раствора ammonii sulfurici, затем столько же коллоидного раствора кремневой кислоты концентрации 0,23 SiO<sub>2</sub> на