

время. В большинстве случаев полное излечение достигалось уже после 5—6 недель. В случаях тяжелых, где, очевидно, повреждение коснулось не только слизистой, но и мускулатуры пищевода, и где яд проник и в желудок, излечение получилось частичное. В этих случаях необходима сугубая осторожность: лечение здесь надо начинать не раньше 6-го или 8-го дня, когда язвы от ожога во рту и глотке уже очистились, спонтанные боли утихли, и лихорадочные явления прекратились; толстый зонд здесь надо заменять тонким.

С. Яхонтов.

2) Акушерство и гинекология.

373. *Печень во время менструации.* Neumann (по Ber. ii. d. g. Gyn., Bd. XI, H. 14) у 30 женщин мог констатировать перед и во время менструации увеличение печени на 2—7 см. Наблюдения Neill'a, что большинство женщин на 1-й—2-й день менструации на введение 100,0 сахара реагируют гликозурией и гипергликемией, автор подтвердить не мог. Исследование гемоклазических кризов автор производил так: после 5-часового голодания дается 200,0 молока, а через час производится исследование кровяного давления, подсчет лейкоцитов и определение лейкоцитарной формулы; кроме того автор изучал уробилинурию, определял глюкозу в крови и проделывал пробу с тетрафторфталеином. Все эти реакции показали, что никакого нарушения функции печени во время menses нет, или, если оно и имеется, то компенсируется соответственным увеличением этого органа. А. Т.

374. *Причины нарушений обмена веществ при беременности.* Loeser (Zentr. f. Gyn., 1927, № 4) исходит из того положения, что обмен веществ во всех тканях находится под влиянием общей инкреторно-вегетативно-психической системы, причем координированно действующие инкреторные и вегетативные аппараты находятся под регулирующим влиянием центральной нервной системы, а потому поддаются воздействию психических моментов. Ткани патологические, как раковая, а также плацентарная, в своем обмене веществ не зависят от указанных реагирующих аппаратов и характеризуются продукцией молочной кислоты. При быстром росте плаценты потребляется значительное количества сахара, также совершенно необходимого для роста карциномы, вследствие чего рост этой последней при беременности может задержаться. При ацидозах беременности, как и при диабете, первично нарушается углеводный обмен и лишь уже вторично, вследствие недостаточного сгорания сахара,—жировой. Причиной такого нарушения обмена автор считает изменения в печени и pancreas, вызванные дисфункцией плаценты. Ацидоз у беременных обуславливается кислотами двух родов—веществом из группы кетонов, как при диабете, и молочной кислотой. На содержание субстанций первой группы можно воздействовать инсулином, а на вторую инсулин не влияет. Во всяком нарушении обмена веществ у беременных следует видеть влияние кислотности организма, причем актуальная кислотность крови не нарушается, а только понижается способность ее к связыванию угольной кислоты. Автор обращает внимание на хорошие результаты, которые получаются при ацидозах беременных от применения инсулина.

А. Тимофеев.

375. *Новый метод испытания функциональной почки у беременной* применил D'Aprile (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X) воспользовавшись пробой Nyiri. Техника последней такова: после опорожнения мочевого пузыря интравенозно вводится 10 куб. сант. 10% раствора natriumthiosulfat'a; втечение следующих 3 часов моча каждый час собирается и измеряется, и на каждые 20 куб. сант. ее прибавляют 1,5 животного угля, с которым ее и взбалтывают. Затем, после отфильтровывания угля, 10 куб. сант. фильтрата титруют $\frac{1}{10}$ N раствором иода до появления синеватого окрашивания (1 куб. сант. $\frac{1}{10}$ N раствора иода соответствует 15,8 mg. natriumthiosulfat'a). Автор говорит, что его данные с применением этой пробы у беременных соответствуют результатам, полученным Nyiri.

А. Т.

376. *Изучение эклампсии*, произведенное Snoo (Berich. ii. d. g. Gyn., Bd. X) привело его к ряду заключений, сформулированных им в 42 пунктах, из коих приводим наиболее важные. Эклампсия есть заболевание специфическое для беременности и связанное с задержкой в организме NaCl и повышением кровяного давления, без каковых не бывает припадков. Ни альбинурия, ни повреждения почек не вызывают припадков. Причина наступления эклампсии sub partu не находится в зависимости от маточных сокращений, как таковых, а связана с наличием эмоций, болевыми ощущениями и напряжением тела. Частое наступление

эклампсии *post partum* автор ставит в связь с внезапным выпадением функции плаценты. Влияние маточных схваток на появление новых припадков невелико; наоборот, припадки, раздражая матку, вызывают ее сокращения, что обуславливает более быстрое течение родов при эклампсии. Припадки вредно отражаются на всем организме, в особенности на центральной нервной системе, почках, печени и сердце, причем опасность увеличивается с числом припадков. При лечении эклампсии автор высказывается за консервативный образ действия, задачей которого являются прекращение припадков и борьба с их последствиями. В интересах матери — прекратить припадки до родов, что достигается хорошим уходом, устранением всяких раздражений, применением наркотических средств и кровопусканиями. Последние производятся при контроле пульса и кровяного давления, причем падение давления должно побуждать к скорейшему применению возбуждающих. Благоприятное действие активного родоразрешения при эклампсии автор объясняет влиянием наркоза и потери крови, а потому считает, что активный образ действия должен применяться лишь в интересах плода. Как профилактические меры при угрожающей эклампсии, S. рекомендует постельное содержание, введение воды и бессолевую диету; при непосредственной опасности припадков показаются наркотики и кровопускания.

А. Тимофеев.

377. *Лечение эклампсии.* Becker (Med. Klin., 1926, № 29; по Ber. d. d. g. Gyn., Bd. XI, H. 8), исходя из теории Zangemeister'a, что в основе экламптических судорог лежит отек мозга, главным моментом терапии эклампсии считает обезвоживание организма. Его профилактическое лечение заключается в сухой, бессолевой диете, в движениях на свежем воздухе, применении 0,05 камфоры 3 раза в день и *mixtura diuretica*. При этом происходит повышение диуреза, улучшается моча, и кровяное давление падает. Rubel (Southern m. Journ., 1925, № 8) при лечении э. предпочитает консервативные методы, по возможности также ограничивая применение хлороформа и заменяя его окисью азота, с каковым наркозом и продлеваются все манипуляции с больной. По опорожнении мочевого пузыря и очистительной мыльной клизмы производится промывание толстых кишок 18 литрами 5% Na bicarbonici, причем к последнему литру прибавляют небольшое количество насыщенного раствора сернокислой магнезии. Затем следует промывание желудка 4 1/2 литрами такого же раствора. После этого больная в течение 20—30 м. согревается электрическими согревательными подушками. Если кровяное давление выше 150 мм., делается кровопускание в 500—1000 куб. с. крови с последующим вливанием 500 куб. с. 20% раствора глюкозы. Если есть судороги, а кровяное давление невысоко, вводит морфий в 2 куб. с. 25% раствора сернокислой магнезии через каждые 3 часа до прекращения судорог. Полезно также сделать поясничный прокол. Кесарское сечение автор считает показанным лишь в особо тяжелых случаях. Питравенозные вливания сернокислой магнезии при эклампсии рекомендуют также Mc Neile, Lyle и Vruwink (Journ. of Amer. Med. Ass., 1926, № 4). Если давление крови выше 150 мм., рекомендуется вводить через час по 20 куб. с. 10% раствора магнезии до прекращения припадков. Коматозные больные получают 1,3 хлоралгидрата и 4,0 бромистого натра в клизме. Применяется также вдыхание кислорода после каждого припадка. Искусственное раздражение производится лишь в периоде изгнания, если инъекции магнезии не помогают. При такой терапии смертность с 36% (! Реф.) упала до 14,8%. Особенное значение своему методу авторы придают, как методу профилактическому, при лечении преэкламптических состояний.

А. Тимофеев.

378. *Гормональная терапия в акушерстве.* Hofstätter (Wien. m. W., 1926, № 46) в 1909 году ввел в акушерскую практику питуитрин, который вскоре завоевал себе широкий круг применения. Однако, благодаря нередким случаям неправильного применения, средство это в глазах многих дискредитировано. Детализируя показания к применению этого препарата, автор указывает на полезность малых доз его (0,25 ссм.) при асфиксии новорожденных после того, как дыхательные пути очищены для прохождения воздуха. Полезно его применение также при *ischuria paradoxa* и при атонических состояниях мочевого пузыря при беременности и после родов. Очень хорошо он действует и при послеоперационных параличах кишечника, благотворно влияя также на слабость сердца. В качестве *lactagogum* питуитрин непригоден. Равным образом не действует он и как abortivum, хотя уже начавшийся аборт может быть при помощи его ускорен. Противопоказания — артериосклероз, декомпенсация сердца, гипертония. Наоборот, при нефрите и анурии автор видел от него хорошие результаты. Плацентарный липоид в качестве сокра-