

431. *О гормональных причинах роста грудной железы.* Max Ernst (Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 202, H. 4) наблюдал при парабозе молодой крысы с беременной гиперплазией грудной железы у первой в такой степени, что во время течки mamma достигала величины грудной железы беременной крысы. При парабозе кастрированных животных с беременными автор наблюдал, что грудная железа, подвергнувшись у кастрированных животных сильному обратному развитию, остается таковою и при соединении с беременными крысами. *И. Цимхес.*

432. *Влияние препарата осента на секрецию молока* изучил Rendtorf в Копенгагене (по Ver. ii. d. g. G., Bd. XI). Осента состоит из экстрактов гипофиза и плаценты, витаминов, органических и неорганических соединений фосфора, кальция и железа, гемоглобина, растворимого белка и углеводов. Препарат дается 3 раза в день по чайной ложке в молоко. Дети матерей, которые получали осента, в течение первых 11 дней обнаружили прирост в 150,0 в то время, как другие дети дали только 131,0. Автор рекомендует этот препарат для кормящих женщин. *А. Т.*

433. *Сколько молока может давать кормящая женщина?* Обычно максимальную суточную продукцию молока у женщины определяют в 3½ литра. Kollmann (Arch. f. Kinderheil., Bd. 80, H. 2) наблюдал, однако, 23-летнюю женщину, родившую во 2-й раз, которая давала в течение 51 недели ежедневно около 4½ литров. Общее состояние ее при этом было превосходно, вес оставался постоянным, появление месячных не отразилось на лактации. *Р.*

434. *Объективный контроль обратного развития мышц брюшного пресса в послеродовом периоде.* Siedentopf (Mon. f. G. u. G., Bd. 73, H. 3/4), сконструировал аппарат, при помощи которого можно определять работу мышц брюшного пресса и таким образом судить об их состоянии и степени обратного развития в послеродовом периоде. Лучшие в смысле обратного развития результаты получаются от применения эластического бинтования, затем следуют тепло-влажные обертывания. У первобеременных обратное развитие идет хуже, чем у много-рожавших, но конечный результат его лучше. *А. Т.*

435. *Показания к аборту* излагает Hartmann (Gynécol. et obst., 1926, № 6) в связи с юридическими и религиозными представлениями во Франции. С медицинской точки зрения автор делит показания эти на три группы: 1) абсолютные показания, к которым относятся заболевания, безусловно угрожающие жизни матери (нефрит беременных, неукротимая рвота, пернициозная анемия и т. д.); 2) относительные показания, к коим относятся заболевания, могущие ухудшиться при беременности (напр., тbc); 3) показания социального или эвгенического характера. Юридическая сторона дела очень сложна, так как французский закон ни при каких обстоятельствах не разрешает искусственного прерывания беременности, причем в этом отношении он встречает поддержку во взглядах Церкви. При таком положении вещей в случае необходимости произвести аборт врач принужден вступать в моральный и душевный конфликт, а больные женщины страдают оттого, что руки врача связаны. Для урегулирования этого вопроса автор предлагает при производстве аборта по абсолютным показаниям приглашать на консилиум другого врача, а при аборте по социальным показаниям устраивать как-бы третейский суд, в котором интересы больной защищает лечащий ее врач, интересы государства—правительственный врач, а в качестве третьего лица приглашается врач или юрист, по своим знаниям и моральным качествам вполне достойный. *А. Т.*

436. *Статистические данные относительно узких тазов у белых и черных женщин* сообщают Whitridge Williams и Ko Chi Sun на основании материала Johns Hopkins Hospital'a с 1896 по 1924 г. (по Ver. ii. d. ges. Gyn., Bd. XI). На 6,407 родов у белых и 5,223 родов у черных женщин авторы наблюдали 3,100 случаев сужения таза в смысле Michaëli'sa и Litzman'a, причем 577 случаев относятся к воронкообразному сужению таза с диаметром между tubera ischii в 8 и меньше сант. Общесуженный таз встречается в 4 раза чаще у негритянок. Рахит у них встречается в 18,5 раз чаще, чем у белых. Воронкообразная форма сужения таза одинаково свойственна тем и другим. Чистая форма плоского таза является по преимуществу уделом женщин белой расы. Среди негритянок отмечается увеличение количества узких тазов, которое с 1910 года достигло 6%. У женщин черной расы сравнительно большее количество родов

протекает самостоятельно, что авторы ставят в связь с меньшим весом у них плодов, меньшими размерами и большей конфигурабельностью головки и более энергичной родовой работой. Общесуженный таз, по авторам, есть проявление дегенерации, в соответствии с которой находится величина и вес плодов. Смертность от послеродовых заболеваний у черных в 3,8 раза выше, чем у белых женщин, что находится в зависимости от более слабой их сопротивляемости к инфекции. Смертность детей при узких тазах у белых женщин равна 12,11%, у черных — 11,71%. В зависимости от методов терапии при узком тазе, каковые за отчетный период несколько раз менялись, результаты для детей были различны и особенно благоприятными стали за последний период, с 1910 года, когда более широко стало применяться кесарское сечение.

А. Тимофеев.

437. *Лечение хронической гонорреи у женщины прививкой малярии.* Leuzmann (реф. Zentr. f. H. u. G., 1927, XXIII, N. <sup>3</sup>/<sub>4</sub>), на основании случайных наблюдений над хорошим течением хронической гонорреи у сифилитиков, леченных прививкой малярии, испробовал эту прививку у 68 женщин и 5 мужчин, страдавших хронической гонорреей, не подававшейся обычным методом лечения. В 78% получилось при этом полное излечение (проверенное различными методами провокации). Столь благоприятный результат прививки объясняется усилением реактивной способности организма. Техника прививки малярии при гоноррее такова же, что и при сифилисе (внутривенное введение крови, взятой от малярика).

А. Вайнштейн.

438. *Аменоррея, как результат сифилитического поражения инкреторных желез.* Lewith (Derm. Woch., 1927, № 27) приводит один интересный случай подобного рода. Женщина 32 лет, с явлениями гумозного сифилиса, заразившаяся 15 лет назад, прodelала вначале заболевания 1 курс специфического лечения. Через 5 лет после того роды мертвым плодом. До родов менструации нормальны, после родов в течение 10 лет аменоррея; кроме того, у больной отмечались алопеция и гипоплазия наружных половых органов. После назначения специфического лечения (Neo и Bi) через 19 дней — менструации, продолжавшиеся 4 дня. Яичники при пальпации особых изменений не представляли. Автор полагает, что здесь прекращение месячных имело место в зависимости или от сифилитического поражения гипофиза (хотя рентгеноскопия и не обнаружила патологических изменений в области sellae turcicae), или от поражения центра гени-тальной трофики, расположенного, по Раабу, на дне третьего желудочка.

Н. Яснитский.

### е) Эвтропатология и психиатрия.

439. *О головокружении.* По E. Meyer (Deut. med. W., 1927, № 21) головокружение всегда бывает вестибулярным, причем vestibulum поражается то прямо, то непрямо. Чувство головокружения складывается из компонентов двигательных и чувствительных (тошнота, тоскливость, мелькание в глазах, шум в ушах, пот и т. д.). Кроме болезней внутреннего уха оно встречается особенно часто при малокровии, острых заразных болезнях, отравлениях (алкоголь, никотин, свинец), расстройствах зрения, органических и функциональных заболеваниях нервной системы, артериосклерозе, падучей. Лечить надо основную болезнь; припадочным назначаются бром с препаратами валерианы, поясничный прокол, физические способы лечения.

С. С-в.

440. *Новое болеутоляющее и снотворное — аллонал.* По Seemeny (Münch. m. W., 1927, № 1) средство это, представляющее собою комбинацию аллилизопропилбарбитуровой кислоты с амидопирином, заслуживает широкого применения при болях и бессоннице, особенно зависящей от болей. Дается оно по 1—2 и более таблеток на прием, в горячем чае или воде. Действие его — верное, без дурных побочных влияний; ни привыкания, ни кумуляции при его употреблении не наблюдается. Противопоказано оно при высокой лихорадке со слабостью вазомоторов, какая бывает у больных с сильно развитой легочной чахоткой (здесь аллонал вызывает резкое понижение t° с потом и явлениями коллапса).

С. С-в.

441. *Лечение остро го энцефалита.* В. Glesinger (Med. Klin., 1927, № 4) получал при этой болезни очень хорошие результаты от внутривенных впрыскиваний уротропина по 8,0 pro injectione и pro die. Результаты бывают еще лучше, если к впрыскиваниям уротропина присоединить интравенозные инъекции сальварсана и осторожную протейновую терапию.

Р.