

внутреннего кровотечения и является сигналом к немедленной операции. Известное значение R. придает также признаку Pestalozza, сущность которого заключается в том, что при трубной беременности матка, будучи смещаемая со средней линии, поворачивается таким образом, что край ее, соответствующий беременной трубе, обращается кпереди. Благодаря этому обстоятельству, при ампулярной беременности, напр., pars isthmica tubae образует резкий угол с беременной частью трубы.

А. Тимофеев.

485. *Ручное удаление остатков последа*, по Caspar'y (Münch. med. Woch., 1927, № 33) было произведено в Нюрнбергском Родильном доме, с 1922 г., на 7027 родов 37 раз (несколько более 1/2%). В 24 из этих случаев дело шло о перво- и в 13—о многоплодиях. У 28 родильниц ни анамнез, ни исследование половых органов не дали ничего особенного. В 9 случаях были анамнестически установлены прежние заболевания половой сферы. У 5 женщин роды были закончены искусственно. Послед был из-за послеродового кровотечения, которое не поддавалось гипофену, в 20 случаях удален посредством давления на брюшную стенку, в том числе 12 раз по Credé. Время извлечения остатков было от 1/2 до 4 1/2 часов после родов. Температура у родильниц была перед вмешательством во всех случаях ниже 37,5°. Самое вмешательство проделывалось при очистке и обескровливании рукой, как для чревосечения, причем на вводимую руку надевалась длинная резиновая перчатка. Перед введением руки пациенткам впрыскивалось 1 ампула гипофена для повышения тонуса маточной мускулатуры. Во время вмешательства они находились в глубоком ингаляционном наркозе.

С. С—в.

486. *Горячий воздух при гоноррее у женщин*. Н. Fieser (Münch. m. W., 1927, № 3) производит лечение женской гонорреи при помощи прибора Föb и стеклянного зеркала. Сеанс длится сначала 5—10 секунд, потом до 2 мин. Результаты очень хорошие.

С. С—в.

487. *Консервативная терапия мочевого фистулы при помощи электрокоагуляции*. Уже давно Stoeckel безрезультатно пытался лечить небольшие фистулы прижиганиями со стороны мочевого пузыря. Otto w'y (Zentr. f. G., 1927, № 6) в одном случае удалось добиться излечения небольшого послеоперационного свища путем однократной электрокоагуляции с помощью цистоскопа. Считая весьма важной консервативную терапию свищей, O. подчеркивает, что круг ее применения ограничивается лишь определенными случаями небольших свищей, окружность которых не подверглась рубцовым изменениям. При коагуляции следует захватить не только края фистулы, но также и ее канал. После прижигания на 10—12 дней вводится постоянный катетер, благодаря чему пузырь спадается, и стенки свища более плотно прилегают друг к другу.

А. Тимофеев.

488. *Лечение лучами раков маточной шейки*. Проф. Н. Martius (Klin. W., 1927, № 20) подводит итоги современному состоянию вопроса о лечении рака маточной шейки лучами Röntgen'a и радия. При 5-летнем сроке наблюдения, лечение это дает, по различным авторам, от 40,5 до 55,6% стойких излечений в операбельных случаях и от 10,2 до 16,6%—в неоперабельных. Таким образом результаты этого лечения не уступают результатам оперативного лечения (коренная операция Wertheim'a дает от 37,8 до 56,1% выздоровлений, в зависимости от более или менее раннего применения). Наиболее рекомендуется комбинированное лечение х-лучами и радием. Увеличение силы освещения ради укорочения длительности лечения действует неблагоприятно; равным образом ухудшает результаты и предшествующая экскохлеация. Поднятие общего состояния ради содействия вторичной соединительнотканной реакции по разрушению раковых клеток удваивает виды на полное выздоровление, практикуемое же некоторыми гинекологами предварительное лечение х-лучами загнивших раков никакого существенного понижения смертности не дает, —12% против 14%.

С. С—в.

ж) Желтопатология и психиатрия.

489. *Родовая травма и центральная нервная система*. Dollinger (по Berich. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII) из 70 детей с врожденной или приобретенной психической недостаточностью у 21 мог доказать, в качестве этиологического момента, родовую травму. Патолого-анатомические исследования Schwartz'a вполне подтверждают это. Новорожденные весьма склонны к кровотечениям, и

внутричерепные кровоизлияния на почве родовой травмы должны у них встречаться сравнительно часто. Клиническая картина родовой травмы может быть весьма различной, причем она развивается или тотчас после родов, или спустя несколько дней. Различают две формы ее—легкую и тяжелую, которая протекает при явлениях раздражения и паралича продолговатого мозга и быстро ведет к смерти. Чаще всего при родовой травме выступают явления со стороны дыхательного и вазомоторного центров и центра блуждающего нерва. Дыхание бывает обычно замедлено или, напротив, ускорено, часто—поверхностно. Наблюдаются, хотя и непостоянно, судороги, спазмы, приступы Jacksonовской эпилепсии. Пена у рта. При кровоизлияниях в спинной канал наблюдаются сведения затылка и спинальные явления раздражения. Прогноз тем хуже, чем раньше наступают тяжелые явления. Наиболее опасными являются роды в тазовых и головных разогнутых положениях. Профилактика должна заключаться в возможно бережном проведении родов. Опасны ручные приемы для извлечения головки, неправильно проведенная защита промежности, а также назначение средств, усиливающих схватки, в слишком больших дозах. Осторожно наложенные выходные щипцы Stern считает менее опасными, чем длительное стояние головки в выходе таза. Терапия в свежих случаях состоит в лобальном проколе, пункции родничков и желудочков и в самом тщательном уходе. Особенную надежду автор возлагает на pneuencephalus. Трепанация, наоборот, он придает мало значения.

А. Тимофеев.

490. *Реакция Takata-Ara при исследовании спинно-мозговой жидкости.* Техника этой реакции, предложенной двумя японскими авторами, Takata и Ara, в 1926 г. заключается в том, что к 1 куб. с. жидкости прибавляют 1 каплю 10% раствора Na carbonici и 0,3 свежеприготовленной смеси из равных частей 0,5% раствора сулемы и 0,02% раствора фуксина (некислого). Смесь хорошо встряхивается и оставляется в пробирке, причем осматривается сейчас после встряхивания, через $\frac{1}{4}$ ч., через $\frac{1}{2}$ ч. и через 24 ч. Испытыва эту реакцию у 60 больных, Д. К. Богородицкий (Совр. Психон., 1927, № 5—6) нашел, что она является весьма тонким индикатором состояния центральной нервной системы, а именно, если жидкость в течение 24 ч. сохраняет полную прозрачность, имея сине-фиолетовую окраску, то это свидетельствует о здоровом состоянии последней; напротив, седиментирующие свойства liquor'a указывают на патологическое состояние нервной системы, причем преобладание фиолетового цвета в осадке говорит о поражении мозгового вещества (и воспалительного, и дегенеративного характера), а появление красного оттенка в смеси (безразлично, с наличием осадка, или без него) свидетельствует об участии мозговых оболочек в патологическом процессе, в смысле воспалительного заболевания их.

Р.

491. *К симптомопатологии эпилепсии.* Г. О. Гольдблат и Р. И. Раскина (Совр. Психон., 1927, № 5—6) обращают внимание на два характерных признака, встречающиеся при тяжелых формах genuинной эпилепсии, а именно, на постоянную дизартрию—в смысле не только запинания речи с характером дрожания, но и нарушения произношения, доходящего до спотыкания на слогах, и наличие у больных поднятия вверх угла рта или наружной части верхней губы. Кроме того, авторы часто наблюдали у эпилептиков характерную пастозность кожи лица и большое количество угрей.

Р.

492. *К лечению головной водянки.* Как известно, Kreuter'ом было предложено, с целью лечения гидроцефалии, производить вшивание мочеточника (почечного конца) в твердую мозговую оболочку спинного мозга. Этот оригинальный метод был экспериментально разработан Heile (Zentr. f. Chir., 1927, № 30).

И. Цицхес.

493. *К диагностике центральных параличей.* Пр.-доц. И. Раздольский (Сов. Псих., 1927, № 9) открыл феномен, сущность которого заключается в непроизвольном поднятии брови и наморщивании кожи соответствующей половины лба при давлении на внутренний край глазницы или надбровной области на противоположной стороне. Вызывать этот феномен можно либо надавливанием большим пальцем на внутреннюю половину глазницы,—лучше всего в области прохождения n. supraorbitalis,—либо проведением пальцем по верхнему краю орбиты от средней линии кнаружи. По наблюдениям автора феномен этот никогда не наблюдается у здоровых, а также и у больных с периферическими параличами лицевого нерва; напротив, при центральных параличах этого же нерва он наблюдается в большей части случаев (60—65%).

Р.