

прессы), дала через несколько дней полное излечение. Расчет количества введенного молока производился по Stargardt'y (10 куб. с. на 120 фунт. веса больного). В. А.

з) Акушерство и гинекология.

531. *Искусственное оплодотворение.* Macías de Torres (по Berich, ü. d. ges. Gyn., Bd. XII) для искусственного оплодотворения считает пригодными случаи, где препятствие лежит в шейке, или оно неизвестно, а также случаи impotentiae coeundi. Автор допускает, что стенозы шейки являются механическим препятствием, которое сперматозоиды преодолеть не в состоянии. При цервикальном метрите причина бесплодия зависит от химических условий. Техника оплодотворения: после дезинфекции полового члена с помощью H_2O_2 сперма собирается в сосуд с 10 к. с. физиологического раствора $NaCl$, в котором сперматозоиды могут жить до 48 часов, хотя уже после 6 часов некоторые из них перестают двигаться. Очень важно делать повторные инъекции, начав их через 8 дней после менструации и повторяя через 4 дня до наступления следующих регул или до предполагаемой беременности; количество вводимой жидкости должно равняться $1-1\frac{1}{2}$ к. с. Т. к. гарантии в стерильности жидкости быть не может, то автор, во избежание попадания ее в трубы, предостерегает от применения сильного давления на поршень шприца при инъекции. А. Т.

532. *Лечение бесплодия.* Samuel (Deut. m. Woch., 1926, № 50), разбирая причины бесплодия, отмечает, что часть случаев с неясной этиологией зависит от сперма-иммунитета. В одной трети случаев бесплодных браков муж является непосредственным виновником бесплодия, в другой трети он косвенно служит причиной бесплодия (передача гонорреи жене), и только в одной трети случаев причина бесплодия лежит в самой женщине. Поэтому следует говорить о бесплодном браке, а не о бесплодии женщины. У женщины стерильность чаще всего зависит от недостаточного развития половых органов, обусловленного конституциональными аномалиями или расстройствами в эндокринной системе. Здесь нередко помогает органотерапия; так, напр., у женщин с недостаточностью щитовидной железы и дисфункцией яичников хороших результатов можно достигнуть малыми дозами тиреоидина. Инфантилизм яичников может иметь своим следствием повышенную кислотность влагалищного секрета, лучшим средством против которой автор считает спринцевания содой. Чтобы побудить инфантильную матку к росту, предложено много способов, из которых S. наиболее верным считает метод Fehling'a, состоящий в длительном расширении цервикального канала стеклянной трубкой после предварительного соскабливания слизи. Существенным шагом вперед в лечении бесплодия автор считает продувание труб и трансплантацию яичников. Собственный инвентарий S. позволяет контролировать результаты пертурбации самому оператору без помощи ассистента, что значительно ее упрощает. При трансплантации яичников важно предварительное определение групповых особенностей крови. Для некоторых случаев бесплодия автор считает показанным искусственное оплодотворение и предлагает особую канюлю, которая надевается на любой Рекорд'овский шприц и позволяет без давления ввести сперму к самым трубным устьям. Автор имел 3 удачных случая искусственного оплодотворения. А. Т.

533. *Новый признак беременности* описывает Lorincz (Münch. med. Woch., 1927, № 38). С целью диагностики ранней беременности он вводит женщине внутривенно 1 к. ст. питуизана. В случае беременности через 10—20 сек. при бимануальном исследовании легко определяется резкое сокращение матки, которое держится от 1 до 5 мин, после чего матка начинает опять размягчаться. В виду того, что небеременная матка на питуизан не реагирует, автор рекомендует этот способ также и при неполных абортах для решения вопроса о том, содержит-ли матка еще остатки плодного яйца, или нет. Какого-либо вредного влияния на организм женщины питуизан, по заявлению L., не оказывает. Нужно заметить, что с этой же целью Höhne и Zorn еще раньше предлагали (Zbl. f. Gyn., 1926, № 20) вводить внутривенно питуландол, который также вызывает резкое сокращение беременной матки. А. В—н.

534. *Искусственное вызывание маточных схваток.* Ostrcil (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII, H. 4), разбирая способы искусственного вызывания маточных схваток у рожениц, отмечает, что механический метод Gauss'a мог бы быть заменен электрическим стулом Bergonié или проктейринтером. Метод

Stein'a (кастовое масло, питуитрин), который дал автору положительные результаты лишь в 50 %. О. считает не лучше, чем метод вызывания схваток хинином. Кстати сказать, при применении этого последнего нередко наблюдается меконопальная окраска вод, свидетельствующая о том, что хинин переходит к плоду и вызывает у него нарушение кровообращения. Из средств, предложенных для вызывания маточных схваток, автор на основании своих фармакологических исследований останавливается на стрихnine, который тонизирует маточную мускулатуру и делает ее более чувствительной к последующему применению питуитрина. Лучшим методом автор считает комбинацию стрихнина с питуитрином или хинином. Техника применения их такова: 1—3 раза, через каждые $\frac{1}{2}$ часа, вводится $\frac{1}{3}$ ампулы стрихнина (0.00033 г), в виде азотнокислой его соли, подкожно; через 2 часа после последней инъекции стрихнина производится капельная внутривенная инъекция питуитрина до появления схваток; если течение следующих $\frac{1}{2}$ часа не устанавливается хорошие схватки, то остальные $\frac{1}{2}$ куб. сант. питуитрина вводятся интрамускулярно. При комбинации с хинином после последней инъекции стрихнина дают 0.15 хинина и затем каждые полчаса—по 0.1 до общей дозы в 1.0. Вредного влияния ни на мать, ни на плод при этом ни разу не наблюдалось. Так как и питуитрин, и стрихнин повышают кровяное давление, то указанный метод автор считает непригодным при эклампсии и преэклампсических состояниях.

А. Тимофеев.

535. *Новые взгляды на этиологию миом* высказывает Castano (по Berich. ii. d. ges. G., Bd. XII, H. 11). На основании клинических и патолого-анатомических исследований 300 миом С. приходит к заключению, что единственной причиной миом, приемлемой с научной точки зрения, является сифилис. За это говорят следующие соображения: наступление созревания у миоматозных больных протекает при явлениях гипотиреозидизма и гиперфункции яичников и гипофиза; эта врожденная дистрофия,—т. н. neuroarthritismus, или конгестивный диатез,—в действительности есть врожденная сифилитическая дистрофия. В 100% всех случаев у больных с миомами матки автор мог доказать наличие наследственно-сифилитических заболеваний со стороны отца или матери. Работами Pillier и Claiss'e'a доказано далее, что фиброматозные узелки образуются в капиллярах с эндо- и периваскулярными изменениями аналогично начальным стадиям атероматозных бляшек в аорте. Подобные изменения сосудов вызывают в стенке матки ишемию, которая благоприятствует фиброматозному превращению. В эндометрии при миомах находят диффузный склероз, как у сифилитиков. Из 300 случаев War. была положительной в 60%, а в 70% наблюдался значительный лимфодитоз. Специфическая терапия при миомах матки дает улучшение общего состояния и восстанавливает нарушенное эндокринное равновесие. Хотя до сих пор спорохот в миомах не находили, но это так же мало говорит против сифилитической природы заболевания, как отсутствие их при спинной сухотке и прогрессивном параличе. (Взгляд на миомы, как на последствия сифилитической инфекции, много лет назад высказывался представителем русской гинекологии, покойным проф. В. В. Владимировым. Реф.).

А. Тимофеев.

536. *Прогностическое значение скорости оседания эритроцитов при раках матки*. Caffier (Zentr. f. Gyn., 1927, № 7) на материале клиники Stoeckel'a подтверждает указания других авторов, говорящие, что с наступлением рецидива рака скорость оседания эритроцитов увеличивается. Установившаяся постоянная скорость оседания после лечения рака является признаком благоприятным. Наоборот, постепенное увеличение этой скорости весьма подозрительно в смысле рецидива,—такие больные требуют тщательного наблюдения, и у них при наличии подозрительного инфильтрата, даже если не будет несомненно доказана его раковая природа, рекомендуется немедленно применить повторное облучение.

А. Т.

и) Педиатрия.

537. *К вопросу о рахите*. Д-р Ф. Я. Фельдман (Ж. по из. ран. дет. возр., 1927, № 2), исследовав, в детской городской консультации в Одессе, 1,403 детей в возрасте до 1 года, нашел у них в 46% рахит и в 20%—craniotabes. По его наблюдениям социальные факторы,—плохие жилищные условия и т. п.,—в патогенезе рахита заметной роли не играют, способ же вскармливания детей играет заметную роль: в материале автора заболеваемость рахитом при грудном вскармливании оказалась равною 43%, при смешанном—64% и при искусствен-