

Stein'a (касторовое 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 мекониальная 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 стрихнии, 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 в течение следующих  $\frac{1}{2}$  часа не установятся 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 Clais's'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 ишемии, которая благоприятствует фиброматозному превращению. В эндометрии при миомах находят диффузный склероз, как у сифилитичек. Из 300 случаев War. была положительной в 60%, а в 70% наблюдался значительный лимфоцитоз. Специфическая терапия при миомах матки дает улучшение общего состояния и восстанавливает нарушенное эндокринное равновесие. Хотя до сих пор спирохэт 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 раке матки.* Caffier (Zentr. f. Gyn., 1927, № 7) на материале клиники Stoessel'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 с несомненностью 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-

ном—77%. Будучи редким заболеванием в первые 2 мес. жизни, рахит постепенно прогрессирует, начиная с 3-го месяца, причем заболеваемость им достигает своего максимума к концу 1-го года. Зимой рахит развивается чаще, чем летом. Р.

538. *Бронхоэктазии у детей.* Schick (Die Tuberc., 1927, № 7) описывает 30 случаев бронхоэктазий в детском возрасте, наблюдавшихся в детской клинике проф. Kleinschmidta в Гамбурге. Для диагноза заболевания он считает важными диссоциацию между перкуторными и рентгеновскими данными с одной стороны и постоянными обильными хрипами в легких—с другой, а также наличие изменения пальцев (форма барабанных палочек) и ногтей (форма часового стекла). Некоторое значение имеют для диагноза также отсутствие или слабая туберкулиновая реакция и медленное оседание эритроцитов. Вливаяю подпина и липоида автор не придает большого практического значения в виду сложности техники метода, в особенности у детей. Плохой прогноз болезни он ставит лишь в далеко зашедших случаях. М. Ойфебих.

539. *Лечение кори хинином.* Проф. А. Н. Федорович (Вр. Г., 1927, № 13—14) считает возможным abortивное лечение кори путем назначения больным хинина в обычных дозах (от 0,03 до 0,3, смотря по возрасту больного). Лечение это дает смягчение всех признаков болезни, причем эффект его тем резче, чем раньше оно начато. Отсюда необходимость возможно раннего распознавания данной болезни. Для такого распознавания автор рекомендует обращать внимание на один, установленный им, признак кори, именно, на острый фолликулярный конъюнктивит нижнего века с характерной микроскопической картиной выделений конъюнктивального мешка (гигалиново перерожденные клетки эпителия конъюнктивы, большое количество коревых микробов и скопления их в лейкоцитах). Р.

540. *Антитоксическая сыворотка при скарлатине.* С. Г. Штейн (Вр. Г., 1927, № 18) применял в 40 случаях скарлатины авитоксическую сыворотку, приготовленную Мечниковским Институтом в Москве, и пришел к заключению, что сывороточное лечение скарлатины должно быть применяемо во всех тяжелых и средней тяжести случаях как токсической, так и смешанной формы болезни. При этом сыворотку надо вводить возможно раньше,—не позже 3-го дня. Отрицательной стороной применения антитоксической скарлатинозной сыворотки является вызываемая ею сывороточная болезнь, которую автор в своем материале наблюдал у 45% больных, леченных сывороткой. Р.

### к) Эвротология и психиатрия.

541. *Прогрессивный паралич и конституция.* Из 106 прогрессивных паралитиков, обследованных Е. С. Фридманом (Об. Псих., Невр. и Рефл., 1927, № 2), у 84, т. е. в 79,24%, оказались определенно выраженными пикнические черты, в том числе у 54 больных оказалась смешанная пикнико-атлетическая и у 30—чистая пикническая конституция. Это заставляет автора думать, что пикнизм имеет какое-то средство к прогрессивному параличу. Р.

542. *Вледная спирохета при спинной сухотке.* Д-р Л. Гершкович (Совр. Псих., 1927, № 9) подверг микроскопическому исследованию сок (лимфу) паховых лимфатических желез, добытый у 20 табиков, и в 7 случаях обнаружил в нем вледную спирохету. Добывание сока производилось им обыкновенным 2-граммовым шприцем, игла которого вводилась под углом в 45°, на 1½—2 сант. вглубь в точку, отстоящей на 1½ сант. кнутри и ½ сант. книзу от середины расстояния между Sp. il. ant. sup. каждой стороны и лбом. Р.

543. *Новейшая терапия neuroluet'a.* Wagnere-Jauregg (ref. Zentr. f. N. u. G., B. 23, N 1/2), теоретически и практически разработавший лечение neuroluet'a прививкой малярии, мыслит новейшую терапию его, как соединение специфических средств (сальварсан, Bi, Hg) с неспецифическими, среди которых главную роль играет прививка малярии и возвратного тифа. Особенно хорошие результаты получаются при прогр. параличе и в liquor-позитивных латентных стадиях lues'a—в смысле профилактики метасифилиса. Еще не является окончательно решенным вопрос, можно-ли рекомендовать неспецифическую терапию при истинных сифилитических заболеваниях головного и спинного мозга. Автор предлагает также сифилологам высказаться по вопросу, считают-ли они необходимым лечить малярией и рекурренсом и формы раннего сифилиса. А. Вайнштейн.