

выделяемого амниака велико. 3) Степень увеличения выделяемого амниака указывает на тяжесть случая. 4) В токсических случаях повреждаются печень и почки. 5) В печени повреждения носят характер токсического некроза, особенно в центральных частях долек. 6) Причиной этих повреждений являются токсические вещества плода, т. к. с устранением его наступает клиническое излечение, и выведение амниака возвращается к норме, слишком же долгое выжидание с прерыванием беременности может привести к непоправимым повреждениям. 7) Невротическая форма неукротимой рвоты не сопровождается повышением выводимого амниака или дает только скоропреходящее повышение его. *А. Тимофеев.*

531. *Эндокринная система и рвота беременных.* Dickson (по Berich über d. ges. Gyn., Bd. X, H. 12) отмечает при hyperemesis нарушение углеводного обмена и обеднение печени гликогеном, что, по его мнению, стоит в связи с повышенной секрецией задней доли гипофиза. В норме эта секреция регулируется гормонами грудной железы, плаценты и желтого тела. Если этих гормонов недостаточно, наступает гиперфункция гипофиза с ее последствиями. Недостаточность гликогена в печени может зависеть от избытка гормона pancreas вследствие недостатка адреналина. Механизм возникновения рвоты объясняется таким образом, что гиперфункция задней доли гипофиза ведет к увеличению отделения желудочного сока, каковой и вызывает рвоту, если не будет связан богатой белками пищей. Отсюда и терапия должна заключаться в назначении пищи белковой, не содержащей веществ, вызывающих усиление сокоотделения (мясной экстракт, алкоголь, декстрин). Хорошо действуют экстракты желтого тела, грудной железы, а в тяжелых случаях также адреналин. Профилактически автор советует беременным за 15 минут до вставания пить стакан молока. *А. Т.*

532. *Пиелит беременных.* По наблюдениям Luchs'a (Arch. f. Gyn., Bd. 127) застой мочи в верхних отделах мочевых путей в последние месяцы беременности встречается чаще, чем это до сих пор полагали: вызываемое им расширение мочеточников справа встречается по меньшей мере в $\frac{3}{4}$ всех случаев беременности, слева же—двое реже и значительно слабее. Обстоятельство это благоприятствует развитию у беременных пиелита, причина которого кроется, по автору, в восходящей инфекции. Лучшим профилактическим средством против этой болезни является, по L., катетеризация мочеточников. *В. С.*

533. *Лечение лues'a utробного плода.* Исследования убедили Кауля и Воднага (Arch. f. Gyn., Bd. 128), что в органах, крови и околоплодной жидкости тех плодов, матери которых во время беременности подвергались антисифилитическому лечению, можно доказать присутствие мышьяка и висмута. Переход этих веществ от матери к плоду совершается не благодаря процессам диффузии или осмоса, а вследствие активной деятельности плаценты. Раз это так, то никакая стадия беременности не может считаться слишком поздно для антилюетического лечения, причем в первую половину беременности лечение это, по отношению к утробному плоду, преследует главным образом профилактические цели, во вторую же—терапевтические. *В. Грудев.*

534. *К этиологии поздних кровотечений после родов и абортов.* Под названием поздних кровотечений Frankl (Arch. f. Gyn., Bd. 129) разумеет кровотечения, наступающие спустя неделю и более после родов и выкидышей. Обычно причиной их считают задержание в матке ворсинок последа. По Frankl'ю причину их может быть и плохое обратное развитие оставшихся в матке децидуальных частей. Обычно отслойка плодного яйца происходит в области deciduae spongiosae basalis так, что в матке остается лишь самый глубокий децидуальный слой, который обладает способностью превращаться потом в муюзу послеродового типа. Если плацента отслаивается так, что в матке остается не только губчатый слой deciduae, но и часть компактного, то участки последнего иногда также подвергаются подобному же обратному развитию, иногда же—нет. Эти не подвергшиеся инволюции участки deciduae гиалиново дегенерируют, причем задерживается обратная инволюция и сосудов, в последних перистистируют иногда объемистые синусы, которые и служат источниками кровотечений. Повидимому, в указанном процессе значительную роль играет воспаление. *В. Сергеев.*

535. *Повторное кесарское сечение.* Разбор материала I Будапештской клиники и литературных данных привел Lehoszkyo-Semmelweis'a (Arch. f. Gyn. Bd. 127) к заключению, что кесарское сечение у одной и той же женщины можно

повторять три раза, причем первые 2 раза маточный разрез лучше производить интраперитонеально в области нижнего сегмента, а в третий раз—в области тела матки, причем третья операция должна быть сопровождается стерилизацией гесп. ампутацией матки (в нечистых случаях—с вшиванием культи в брюшную рану по Рогго). Впрочем здесь надо принимать во внимание желание матери и число живых детей у нее.

В. Груздев.

536. *Определение реакции влагалищных выделений при помощи лакмуса, как метод диагностики женской гонорреи.* D a n i n (Münch. m. W., 1925, № 18) с помощью особо приготовленного лакмуса и специальной бумаги считает возможным ставить диагноз хронической гонорреи на основании того, что резко-кислая реакция, остающаяся таковой же и при повторных исследованиях, исключает гоноррею. Метод неприменим в случаях острой гонорреи, а также за 2 дня до и 4 дня спустя после регул. когда реакция всегда кислая. Реактивные бумажки D a n i n'a, наклеенные на резиновый напалечник, изготовляются химической фабрикой Julia Werke под названием «Gonotest». D r P e h n (ib., № 47), подтверждая данные D., предлагает свой способ, который состоит в том, что обычная фильтровальная бумажка, смоченная свежеприготовленным раствором нейтрального лакмуса, прикладывается к стенкам рукава через зеркало, и реакция определяется in situ.

А. Т.

537. *Влияние гонорройных вульвовагинитов в детском возрасте на последующее бесплодие.* V o g t (Deut. m. W., 1926, № 13) обращает внимание на то, что уретра, шейка и прямая кишка при детской гоноррее поражаются чаще, чем это принято думать. Инфекция принимает восходящий характер вследствие антиперистальтических движений матки, причем распространению ее благоприятствуют анатомические особенности детской матки. Восходящая инфекция может оставаться скрытой и обостриться в период полового созревания. Такую возможность необходимо иметь в виду при дифференциальном диагнозе аппендицита у детей. Автор допускает, что часть случаев бесплодия с неясной этиологией, может быть, имеет в основе своей детскую гоноррею.

А. Тимофеев.

538. *Тумокаи для люмбальной анестезии* применял K o n r a d (Zentr. f. G. 1926, № 6). Автор горячо рекомендует препарат фирмы B a u e r, причем советует брать дозу в 0.06—0.075 gr., вместо указанной фирмой дозы в 0.045 gr. Перед люмбальной пункцией больной вводится подкожно 5 децимиллиграммов strychnini nitrici. Длительность анестезии 1—2 часа. Головные боли наблюдаются реже, чем при других препаратах. Рвота в 15% всех случаев.

А. Т.

539. *Хлористый цинк при неоперабельных раках.* давно уже применявшийся C z e r n y, вновь рекомендует S t e i n t h a l (Münch. m. W., 1926, № 22). Лечение состоит в том, что раковый очаг по возможности основательно выскабливается, и образовавшаяся полость туго тампонируется для остановки кровотечения, а затем прижигается 50% хлористым цинком в растворе или в виде пасты. В дальнейшем рана хорошо очищается и выполняется грануляциями. Автор приводит случай запущенного рака прямой кишки, где после такового лечения больная долгое время оставалась трудоспособной и погибла от метастаза в печени без местного рецидива процесса.

А. Т.

540. *Преимущества поперечного разреза P f a n n e n s t i e g'a.* S a g w e y (Zentr. f. G., 1926, № 14) на основании 5000 лапаротомий формулирует так: 1) Погеребный разрез наиболее соответствует анатомическим и физиологическим особенностям брюшных стенок, благодаря чему получается наилучшее их заживление. 2) Он наилучшим образом предохраняет от травматизации кишечника. 3) Он гарантирует оперированную от развития грыжи даже в случаях нагноения раны и заживления ее вторичным натяжением. 4) Он исключает возможность разрыва зашитой раны. 5) Он дает наилучшие косметические результаты. Необходимыми условиями успеха являются строжайшая асептика, тщательный гемостаз и точная техника.

А. Тимофеев.

ж) Педиатрия.

541. *Реакция осаждения эритроцитов при различных заболеваниях в детском возрасте.* С. П. Баккал и В. П. Ровинский (Педиатрия, т. X, № 2) применяли эту реакцию в 135 случаях кори, менионии, тбс менингита, цереброспинального менингита, а также у клинически здоровых детей, причем пользова-