

менное. Такую временную стерилизацию он считает показанной при мен-и метроррагиях у молодых особ без анатомических изменений, а также при миомах в молодом возрасте. Опасности нового роста миомы после возобновления menses, по мнению G., преувеличены. Далее, такая стерилизация показана в некоторых случаях дисменорреи, при тbc легких, при воспалительных заболеваниях придатков, особенно гонорройного происхождения. Явления выпадения яичниковой функции, если при этом и бывают, то преходящи. Наиболее серьезное возражение против метода заключается в возможности повреждения яйцевой клетки, что может отразиться на потомстве. Однако при опытах на теплокровных животных никогда не удавалось получить этим путем развития уродств. Наоборот, известно много случаев рождения вполне нормальных детей после бывшей рентгенизации. Беременность служит противопоказанием к применению рентгенизации. *А. Тимофеев.*

435. К терапии маточных кровотечений овариального происхождения. В свое время Непке предложил для этой цели производить клиновидную резекцию яичников. В последнее время тот же автор (Zentr. f. Gyn., 1926, № 14) при кровотечениях оофагогенной натуры рекомендует производить частичную перевязку артериальных яичниковых сосудов, дабы ослабить питание яичников. Он произвел эту операцию 18 раз, употребляя для перевязки тонкий катетер, и остался доволен полученными результатами, поскольку об них можно судить за короткое время, протекшее после операции (1 год). *В. Груздев.*

436. Искусственная временная аменорея введена Эрлангенской клиникой в план лечения воспаления придатков (Flaskamp, D. m. W., 1925, № 44). В виду того, что нерадикальная операция при воспалительных заболеваниях придатков приносит мало пользы, а радикальная вызывает тяжелые явления выпадения, клиника выработала такой план консервативного лечения воспалительных заболеваний придатков: в острой стадии только холод, в подострой стадии—осторожный переход к лечению теплом, протеино-и серотерапии. Так как деятельность яичника оказывает неблагоприятное влияние на течение процесса (обострения во время менструаций), то желательно временно выключать деятельность яичников, чтобы дать половой сфере известный покой. Современная рентгенотехника позволяет без ущерба для ткани яичников добиваться такой временной аменорреи на 1—2 года. Аменорея эта быстро приводит к значительному улучшению процесса, а в половине случаев—даже к полному *restitutio ad integrum*. У молодых и крепких особ менструальная функция восстанавливается раньше, у женщин после 36 лет временная аменорея может перейти в *climax*. Многочисленные случаи беременности после такого лечения показывают, что разрушающего действия на яйцевую клетку освещение x-лучами, при известной дозировке, не оказывает. *А. Тимофеев.*

437. Технику радиотерапии рака шейки матки и результаты лечения, полученные в Стокгольме, приводят Неттапп и Н. В. Джеймс (Strahlentherapie, Bd. 20, 1925). С 1914 по 1921 г. было лечено 505 сл. Второй сеанс радиотерапии назначался через неделю после первого, третий—через 3 недели. После второго и затем в течение первой половины года лечение не повторялось за исключением случаев рецидива. В матку вводилось 33,7—40,1 mgr. радия на 22 часа, так что общая доза равнялась 2220—2640 mgr.-часов. Во влагалище вкладывалось 70 mgr., что дает общую дозу в 4500 mgr.-часов. Фильтр—2—4 мм. свинца. В последние три года испробовано концентрированное освещение, при котором число сеансов было доведено до 2, а продолжительность сеанса—до 32—44 час. Результат от 4000 mgr.-час. при таком лечении соответствовал эффекту от 4500 mgr.-часов троекратного освещения. При концентрированном освещении требуется большая осторожность. Следует избегать прижиганий, выскабливаний, а также повторных пробных вырезок. При операбильных рецидивах следует экстирпировать матку. Рецидивы во влагалище былилечимы радием, а в параметриях—рентгеновскими лучами. Комбинированное лечение радием и рентгеном было совсем оставлено, т. к. оказалось, что оно не улучшает, а, повидимому, ухудшает результаты. Освещение рентгеном присоединялось лишь в случаях обширного поражения желез, причем больших доз за один сеанс не давалось: на 2 поля спереди и одно—сзади давали в разные дни 2—3 раза по 1/2 эритемной дозы жестких, профильтрованных через 0,5 мм. меди лучей. Среди леченных свободны от рецидива в течение 5 лет 20,9%, причем для случаев операбильных этот процент равен 40,5%, а для неоперабильных—16,6%. Первичная смертность равна 1,19% (5 сл. перитонита и 1 сл. легочной эмболии). С 1915 г. fistул не наблюдалось. Мочевой пузырь

оказался мало чувствительным, а со стороны rectum через 4—6 мес. после лечения наблюдалась тенезмы и кровянисто-слизистые выделения.

A. Тимофеев.

438. К технике сальпингостомопластики. Нейманн (Zentr. f. Gyn., 1926, № 28) отстаивает первоначальную технику этой операции в том виде, как она была предложена Martin'ом, т. е. рассечение абдоминального конца трубы с последующим сшиванием трубной мукозы с брюшиной тонкими швами. Он имел 2 случая бесплодия на почве зарождения абдоминальных отверстий труб, где после сальпингостомопластики, произведенной по этому способу (трубы расщеплялись на протяжении 2 сант., для сшивания мукозы с брюшиной употреблялся тончайший шелк), наступила беременность (в одном случае—через 4 г. после операции, в другом—через 1½ г.), в обоих случаях кончившаяся нормальными родами.

B. Груздев.

3) Эндропатология.

439. К химии мозга. Исследования Г. Городисской (Мед.-Бiol. Ж., 1926, вып. 1-2) выяснили, что функционально-различные участки коры большого мозга человека различны и по своему химическому составу. Особенно резко выражено топографическое распределение здесь холестерина, затем липоидов алкогольного извлечения (цереброзидов и насыщенных фосфатидов), общего азота и, наконец, фосфора ненасыщенных фосфатидов. Наиболее богата липоидами и общим азотом двигательная область, наименьшее же содержание липоидов имеется в переднем ассоциационном центре. Интересно, что одноименные участки правого и левого полушарий отличаются друг от друга по своему химическому составу, причем в некоторых случаях эта разница бывает весьма значительна. Химический состав мозговой коры различается, далее, в зависимости от возраста (причем к 50 годам и позже увеличивается содержание холестерина) и пола.

B. Сергеев.

440. Энцефалит и эпилепсия. Как известно, инфекционные болезни вообще играют большую роль в этиологии эпилепсии. Ведет нередко к развитию последней и эпидемический энцефалит. Trimakis, в Афинах (Wiener kl. Woch., 1926, № 25), наблюдал 6 случаев, где после заболевания энцефалитом развилась затем падучая. Причину этого автор усматривает в тех патолого-анатомических изменениях, которое вызывает энцефалит в центральной нервной системе.

B. C.

441. Внушение и диурез. Н. Магх (Klin. Woch., 1926, № 3) усыпал больных, каждые 5—10 мин. после наступления гипноза определяя у них Hb крови, а через 1½ часа, одновременно с прикладыванием ко рту пустого стакана, внушал больным, что они пьют много прохладной воды. Исследование мочи и крови через час после того показывало у таких субъектов сравнительно большое количество мочи с очень низким удельным весом и понижение Hb крови, т. е. давало те же результаты, которые автор раньше получал в опытах с действительным питьем. В контрольных опытах без внушения результаты получились отрицательные.

Э. Могилевский.

442. К этиологии ночного недержания мочи у детей. Произведя в этом направлении обследование 67 детей (41 мальч. и 26 дев.), страдавших enuresis nocturna, д-р К. А. Ефимов (Ирк. Мед. Ж., т. III, № 5-6) убедился, что почти у всех их могли быть констатированы органические симптомы рассеянного типа, характерные для сифилитического поражения центральной нервной системы. Возможно, от этого поражения зависело и расстройство иннервации мочевого пузыря. На основании этих данных автор выдвигает вопрос об этиологической связи между enuresis nocturna и наследственным сифилисом, а также о лечении ночного недержания мочи антилюетическими средствами.

B. C.

ii) Венерология.

443. Распознавание сифилиса у новорожденных. Philipp и Gornick (Zentr. f. Gyn., 1926, № 28) рекомендуют для этой цели исследование соска из стенки пуповиной вены в Dinkeldele на бледные спирохэты. После отделения новорожденного отрезывается кусок пуповины около 5 сант. длиною, помещается в чашку Ретиги, проходящий в этом куске отрезок venae umbilicalis вскрывается по длине, освобождается от крови, затем скальпелем соскабливается внутренний слой венозной стенки, соскоб смешивается с физиологическим раствором, и капля