

мнов, задерживающих менструальное выделение. Напротив, Grosser (Arch. f. Gyn., 1919, Bd. 110), примыкая к указанным авторам в вопросе о времени овуляции (чаще всего на 8-й—9-й дни после начала регуля), утверждает, что прививка оплодотворенного яйца в полости матки, хотя и может иметь место в любой день менструального цикла, однако, чаще всего происходит в предменструальном периоде. Между тем оплодотворение яйца имеет место, по этому автору, тотчас после овуляции, ибо яйцевая клетка сохраняет способность к нему только несколько часов после своего выхождения из фолликула, да и сперматозоиды сохраняют свою оплодотворяющую способность в половом канале женщины не более 2 дней. Для об'яснения этого кажущегося противоречия Grosser указывает, что имплантация яйца происходит лишь через 2 недели после выхода яйца из фолликула: 10 дней уходит на передвижение его по трубе и 4—на передвижение в полости матки.

B. Г.

*Этиология и лечение эклампсии.* Вопрос о причинах этой загадочной болезни и наилучшем способе ее лечения продолжая и во время войны занимать немецких акушеров. При этом многие из них обратили внимание на поразительное уменьшение числа случаев эклампсии и более благоприятное ее течение, начиная с 1914 г. Для об'яснения этого факта Ma u e g (Zentr f. Gyn., 1916, № 40; 1917, № 4) высказал предположение, что, быть может, дело здесь крылось в уменьшении импрегнации беременных semen m, вследствие отсутствия их мужей. Гораздо более правдоподобным является, однако, об'яснение W a g n e k r o s'a (ibid., 1916, № 46), I a s c h k e (ib.. 1917, № 11), R u g e (Arch f. Gyn., 1918, Bd. 108) и др., что понижение заболеваемости эклампсией и смертности от нее нужно искать в уменьшении жиров и белков в пище, благодаря которому устраивалось функциональное переутомление печени и почек; отсюда W a g n e k r o s признает наилучшую профилактическую мерой против эклампсии сокращение потребления беременными жиров и белков, начиная с VI месяца беременности, а R u g e лучшую лечебною мерою против нее кровопускание (1000—1400 к. с.). H o f b a u e r (Zentr. f. Gyn., 1920, №№ 6 и 29) усматривает непосредственную причину эклампсии в расстройствах внутренней секреции у беременных, именно, в свойственной последним повышенной внутреннесекреторной работе надпочечников и гипофиза; в связи с этим он предлагает лечить эклампсию опорепаратами

личника, как антагониста названных выше эндокринных желез, именно, овогландолом, вводя его в каждом случае эклампсии сразу в количестве 3 ампулл. Патолого-анатомические исследования Hinselman'a, проведенные им в сотрудничестве с Denescke, Fahr'om, Sioli и Strursberg'om (Zentr. f. Gyn., 1920, № 36) также согласуются с интоксикационной теорией эклампсии, причем Fahr особенно резкие изменения нашел в капиллярах почечных клубочков, т. е. как раз в тех капиллярах, где сильнее всего выделяется экламптический яд. Напротив, Zangemeister (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 79) считает эту теорию недоказанной; по его мнению, причина заболевания здесь лежит в отеке мозга, представляющем частичное проявление общего отека, к которому склонны беременные; нефропатия же, по Z., присоединяется к отеку лишь вторично. В соответствии с этим Hammes (Deut. med. Woch., 1916, № 52) лучшими лечебными мерами против эклампсии признает лумбальную пункцию и кровопускание.

B. Г.

*Хинин, как средство для усиления родовых сокращений матки.*  
Настоящий энтузиазм, с каким было встречено введение в акушерскую практику питуитрина и др. препаратов гипофиза в качестве средств, усиливающих родовые сокращения матки, в среде немецких акушеров, за последние годы, повидимому, значительно стих, и они вновь вернулись к старому средству для этой цели, хинину. Wengner (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XLVIII; Zentr. f. Gyn., 1919) применял солянокислый хинин в 5% растворе в виде внутривенных вливаний (по 10 куб. сант.), причем каждое вливание сопровождалось впрыскиванием такой же дозы хинина в мышцы; применяя хинин в этой форме в 124 сл., он получил прекрасные результаты (лишь 6,5%, неудач) при первичной и вторичной слабости родовых схваток, при abortах, при атонических кровотечениях до и после изгнания последа и при кесарских сечениях, где хинин применялся с профилактическою целью; действие средства начинало в различных случаях обнаруживаться в различное время после вливания — от нескольких секунд до 50 мин., причем сокращения матки носили совершенно нормальный характер. Висуга (Zentr. f. Gyn., 1919, № 33), отказавшийся от парентерального введения хинина после одного, наблюдавшегося им, случая отравления, применял хинин per os, в дозах 0,1—0,2, каждые 1—2 часа, давая в общем от 1,0 до 1,5 хинина; в таком виде применение этого средства дало ему так-