

вается нарушающий цикл изменений в яичнике. Вместе с тем, быстро останавливается и кровотечение, вследствие замены вызывающего маточное кровотечение гормона фолликула задерживающим последнее гормоном желтого тела.

П. Маненков.

Hofbauer в своей статье „Гепатопатия беременных и патогенез эклампсии“ (Zentrbl. f. Gyn. 1933, № 1, стр. 35) признает, что спорный вопрос о печени беременных (гепатопатии) во второй половине беременности окончательно решен в положительном смысле. Это состояние печени выявляется в нарушении ее функции в результате диффузного повреждения печеночной паренхимы. Пользуясь для обнаружения данного страдания печени функциональной пробой V. Bergmann'a, в основе которой лежит контроль за способностью печени выделять билирубин при билирубиновой нагрузке организма, а из 20 случ. второй половины беременности в 17 случ. наел функцию печени нарушенной, в то время как в первой половине беременности она была нормальной. По мнению а., гепатопатия беременных тесно связана с проблемой эклампсии и дает представление о патогенезе последней. В статье приведено достаточно данных для того, чтобы считать симптомы эклампсии результатом накопления в организме во второй половине беременности гормонов задней доли гипофиза, вследствие, с одной стороны, гиперфункции гипофиза, а с другой — недостаточности печени в нейтрализации этих гормонов. При таком представлении о патогенезе эклампсии, профилактики и лечение последней имеют целью, с одной стороны, усилить распад гормона задней доли гипофиза и его выделение, с другой же стороны уберечь печень от вредных воздействий.

П. Маненков.

*Кровотечения из полости тела матки у старух.* Wolfhart Schulz (Zbl. d. Gyn., 1933, № 32, S. 1890) в докладе на заседании северовосточного общества германских гинекологов указал, что не всегда старческие кровотечения, из матки обуславливаются карциномой. Причиной большей половины всех случаев кровотечений у старух являлись некротические процессы в эндометрии; в 10% случ. — гиперпластические изменения слизистой; в 15% сл. — слизистые полипы и только в 10% — рак.

П. Маненков.

*Следует ли отказаться от надвлагалищной ампутации матки из-за возможности появления рака культи.* Проф. Herold (Zbl. f. Gyn., 1933, № 2), на основании статистики в 12273 надвлагалищных ампутаций, полагает, что нет никаких оснований к замене технически простой и прогностически благоприятной операции надвлагалищной ампутации матки операцией полного удаления последней. Частота поражения культи раком составляет всего 0,65% всех случаев ампутации матки.

П. Маненков.

*Вторичный шов при послеоперационных нагноениях брюшной стенки.* Springer (Zbl. f. Gyn., 1933, № 31) рекомендует при нагноениях в области лапаротомной раны применять Villa'говский вторичный шов. Техника его такова: под легким эфирным наркозом раскрывается рана на протяжении всей области нагноения; раневая поверхность основательно очищается перекисью водорода, причем прочно держащиеся отложения удаляются при помощи туффера; затем рана послойно соединяется узловатыми швами (на кожу — узловатый шелковый шов, а не связки); остановка кровотечения производится при этом путем обкалывания; повязка состоит из сухой гигроскопической марли; швы удаляются на 6—7 день. В случае успеха получается рубец, ничем не отличающийся от рубца при первичном зашивании. При неудаче вторичного шва можно его повторить, или — вести рану обычно, сближая края раны пластырем. А. получил успех в 2/3 случаев наложения вторичного шва. Неудачи наблюдались в случаях распространенного некроза тканей раны.

П. Маненков.

*Резекция n. praesacralis в гинекологии.* Проф. Cotte (Zentr. f. Gyn., 1933), в двух статьях излагает показания, результаты и технику предложенной им и выполненной в 1924 г. операции — резекции симпатического сплетения в области бифуркации аорты (plex. hypogastricus sup., или n. praesacralis франц. аа.). Им произведено с успехом свыше 200 таких операций. А. считает показанной эту операцию 1) в некоторых случаях сильных невралгических болей при иноперабельных и рецидивирующих раках шейки матки, а именно там, где инфильтратом не сдавлены спинальные нервы; 2) преимущественно при функциональных заболеваниях полового аппарата, сопровождающихся болями (эссенциальная дисменоррея, вагинизм, тазовые невралгии без заметных органических изменений), вазомоторными, чувствительными и секреторными расстройствами (эссен-

диальная лейкоррея, нимфомания, зуд вульвы и промежности), рефлекторными со стороны матки явлениями и пр. Наилучшие и стойкие результаты получены при эссенциальной дисменоррее. Эффект операции тем лучше, чем строже показания. Операция производится под лумбальной анестезией. Техника операции такова: разрез брюшной стенки по P f a n n e n s t i e l ' ю (при раке—продольный); удаление аппендикса, осмотр гениталий (для исключения органических поражений), продольный разрез брюшины, длиной 4—5 сант., на 5-м поясничном позвонке; захватывание лежащего на позвоночнике соединительно-тканно-нервного тяжа и изоляция его иглой Deschamps'a; иссечение из этого тяжа связка, длиной в 2—4 сант. (при раке 6—8 сант.), шов на брюшину и фиксация связок по Doleris. А. не имел никаких осложнений.

П. Маменков.

## Хроника.

125) В целях сравнительного изучения эффективности противодифтерийных прививок, по инициативе секции гигиены Лиги наций, в 1929—1931 гг. в ряде стран (Германия, Англия, Дания, Франция, Венгрия, Голландия, Польша, Румыния и Чехо-Словакия), были организованы по единому плану параллельные опыты вакцинации детей. По плану реакция Ш и к а должна была проводиться с помощью токсина-эталоны, до и после вакцинации. В целях проверки результатов, полученных путем реакции Ш и к а, у 10% детей должен был до и после вакцинации вытравляться анитоксин в крови. Для сравнительного изучения были выбраны следующие антигены: анатоксин Р а м о н а („формоль-токсоид“ английских авторов), токсин О'Б р и е н а, смесь токсина и анитоксина, изготовленная Голландским серологическим институтом.

Результаты проведенных по этому плану опытов подверглись обсуждению в комиссии экспертов в Лондоне в июне 1931 г.

126) *Наследственность при раке.* На основании 5000 сл. раковых заболеваний, собранных Норвежским комитетом в целях изучения рака и дополненных обследованиями среди членов семей больных, W a a l o g (Осло) пришел к заключению, что существуют два наследственных фактора, различных друг от друга, влияющих на предрасположение к заболеванию раком. В общей массе больных раком эти факторы входят как этиологическая причина одинаково часто, приблизительно в 16% каждый. Биологический процесс наследственной передачи еще не выяснен. Кажется, что один из наследственных факторов более ясно выражен у женщин, другой одинаково у обоих полов. Раки, которые развиваются не по наследственности, но благодаря внешним вредным моментам, более часты у мужчин, чем у женщин. Братья канцерозного больного имеют большую вероятность, чем другие, заболеть раком. У них замечается даже наклонность к той же локализации болезненного процесса. Детские формы злокачественных опухолей более часты у детей, родители которых болеют раком. У близнецов рак более част у однояйчатых.

127) *Смертность от рака.* В Бельгии за годы 1906—1910 умерло от рака в среднем 4505 чел., в 1919 г.—5149, в 1925 г.—6479, в 1928 г.—7276. К сожалению неизвестно, какой процент это составляет к населению и к умершим от других болезней.

В Англии, в провинции Ланкастер, в 1901—1910 гг. в среднем за год умерло от рака на 1 млн. жителей 811 чел., в 1930 г.—1435 чел., причем в различных местах этой провинции смертность выразилась от 930 до 2013 человек на 1 млн. жителей.

В Америке также отмечается увеличение смертности от рака, причем средний возраст б-ных и продолжительность течения б-ня в разных штатах различны.

В то время как на о. Цейлоне смертность от рака равна 10 на 100000 жителей, в Дании она доходит до 140. Разница слишком велика, чтобы приписать ее только лучшим методам диагностики. Как видно, играют роль какие-то местные факторы. Разница в цифрах смертности даже относительно поражения одного и того же органа в различных местностях не одинаковая, так, в САСШ в 1928 г., смертность от рака полости рта составила 3,2% общего числа смертей от рака, в Шалестине—0,6%, в Гавайе—2,5%, в Панаме—4,5%, в Порто-Рико—5,9%.

128) На международной конференции по раковым заболеваниям, которая состоялась в конце октября текущего года в Мадриде, первое заседание открывается докладом профессора Г у р в и ч а—„Митогенетические лучи“. Профессор Г у р в и ч а