

по Кйтшерю является вполне оправдывающей себя операцией при ректальных выпадениях с язвенными поражениями. Противопоказана она при ректальных выпадениях с гангренозными поражениями слизистой, у очень малолетних, истощенных детей и у стариков. После операции автор рекомендует поддерживать втечение 2—3 месяцев кашнеобразный стул соответствующей диетой.

И. Цим.рес.

е) Акушерство и гинекология.

86. *Физические и химические особенности околоплодной жидкости.* Исходя из несомненных фактов, что окружающая среда имеет огромное влияние на развитие растущего организма, Виноградова (Zentr. f. Gyn., 1927, № 50) тщательно исследовала физико-химические свойства околоплодной жидкости для того, чтобы точнее изучить влияние этой среды на развитие плода. Физическое изучение составных частей жидкости показало, что минеральные части ее, подвергнутые действию ¹⁹ в 700°С, получают способность флуоресцировать в темноте, и притом так сильно, что можно ясно различить циферблат часов. Свет получается благодаря образованию сернистого кальция, который при накаливании образуется за счет содержащихся в жидкости солей кальция и белковых веществ. Замечательно, что сернистый кальций, добытый не из околоплодной жидкости, флуоресцирует значительно слабее того, который получен из околоплодных вод; следовательно, в околоплодной жидкости имеются какие-то активаторы, которые усиливают фосфоресценцию этого вещества; весьма вероятно, что таковыми являются радиоактивные вещества. Присутствие последних доказывается тем, что сухой остаток, полученный от выпаривания околоплодной жидкости, действует на чувствительную фотографическую пластинку через не пропускающую свет черную шелковую бумагу; следовательно, в этом сухом остатке содержатся вещества, которые испускают лучи, невидимые для глаза, но действующие на фотографическую пластинку, т. е. околоплодная жидкость обладает ясно выраженной радиоактивностью. Так как элементы радия в малых дозах возбуждают рост тканей, то весьма вероятно, что околоплодная жидкость не только является питательной средой для плода, но и мощным активатором, способствующим созданию из одной клетки целого сложного организма.

Е. Заболотская.

87. *Новый метод для определения начальных стадий беременности* предлагает д-р Г. Давыдов (Müncn. med. Woch., 1927, № 52). Автор утверждает, что, если внутреннее исследование производится поочередно сначала правой, а затем левой рукой, то объем матки представляется различным: когда внутренней рукой является правая, а левая пальпирует наружные брюшные покровы, объем матки кажется значительно меньше того, который определяется потом, если внутренней рукой становится левая, а пальпацию снаружи будет производить правая рука. Это явление особенно резко выступает в начальных стадиях беременности. Объяснения ему автор не проводит, но предполагает, что оно зависит от различной тактильной чувствительности обеих рук.

А. Вылегжанин.

88. *К терапии аборта.* Вунд (Müncn. med. Woch., 1927, № 29) при лечении абортов придерживается средней линии поведения. Если нет лихорадки и наружный зев открыт, то показано немедленное инструментальное опорожнение матки. При не вполне открытой шейке применяют пузырь со льдом, хинин и питу-гландол до полного раскрытия матки. Если эти средства оказываются недействительными, приступают к осторожной дилатации шейки. В случае лихорадки к расширению можно прибегнуть лишь при условии, если инфекция не вышла из пределов матки. 81% всех не лихорадивших абортов, будучи лечены активно, протекли без осложнений; смертность равнялась 0. Из лихорадивших абортов лечено 77%, причем осложнения имели место лишь в 14%, тогда как у леченных консервативно они наблюдались в 53%; смертных случаев было в этой группе 14, причем все они были доставлены в безнадежном состоянии и никакой активной терапии не подвергались.

А. Тимофеев.

89. *Результаты лечения эклампсии* сообщает Peralta Ramos (по Berich. ii. d. ges. Gyn., Bd. XII). из Буенос-Айреса, за последние 7 лет. Эклампсия беременных лечилась по Zweifel-Строганову, при неудаче лечения— кесарское сечение; смертность матерей равнялась 20%, смертность детей—50%. Эклампсия sub partu при лечении по Строганову дала 0% смертности матерей и 15% смертности детей. Комбинированное лечение по Строганову с ускорен-