

выскабливается острой ложкой, затем во влагалище вводится глубоко цилиндрическое зеркало, таз больной приподнимается, и в зеркало вливается 1—2 столовых ложки ацетона. Кровотечение тотчас же прекращается. Минут через 10 жидкость удаляется путем опускания таза, и наливается свежий ацетон, который оставляется минут на 20, затем таким же способом удаляется, остатки ацетона смываются, и зеркало извлекается. Лечение повторяется сначала каждый день, потом спустя 1—2 недели, каждые два дня и затем еще реже. Лечение совершенно безболезненно; нужно только защищать вульву, где ацетон вызывает сильное жжение, тотчас, однако, прекращающееся при обмывании. Как в микроскопической технике ацетон уплотняет кусочки тканей, так уплотняет он и живые ткани; раковая поверхность после прижигания им покрывается беловатой пленкой, кровотечения и гнилостные выделения прекращаются, и у больных по крайней мере на некоторое время получается впечатление восстанавливающегося здоровья. Gellhorn уже 20 лет пользуется этим способом и рекомендует его, как простое и легко доступное практическому врачу паллиативное средство. Он рекомендует применять это средство и перед операциями, так как ацетон быстро уничтожает микробов не только на поверхности раковой язвы, но и на некоторой глубине. *Е. Заболотская.*

95. *К радиотерапии раков шейки матки.* Laborde (по Ber. ii. d. ges. Hyg., Bd. XII) останавливается на вопросе о дозировке лучистой энергии и длительности лечения. Доза не должна превышать 50 М. С. Д. Передозировка увеличивает количество рецидивов, так как при этом повреждаются защитные местные силы. Не подлежит сомнению, что доза в 30—40 М. С. Д. лучше дозы в 60—70 М. С. Д. Продолжительность лечения варьирует в зависимости от того, применяется ли один радий, или также и рентген, при котором захватывается большее количество здоровых тканей. На основании исследований Perthes'a относительно влияния фигур деления на чувствительность карциномы к лучистой энергии длительность освещения определяется автором в 5—10 дней. По этим правилам за 1921—1924 гг. лечено было 89 случаев, которые дали 27% излечения; в частности раки I группы по Winter'у дали 100% излечений, II группы—55,5%, III группы—26,9% и IV группы—0%. *А. Тимофеев.*

### ж) Педиатрия.

96. *Лечение экссудативного диатеза солянокислым молоком.* У детей грудного возраста, страдающих характерными для экссудативного диатеза себореей, экземой лица, опрелостями и т. п., Scheer (Klin. Woch., 1918, № 3) рекомендует вводить в пищу от 100 до 600 к. с. солянокислого молока, приготовленного след. образом: на 250 к. с. кипяченого и остывшего, цельного или разбавленного на треть водой молока прибавляют по каплям, помешивая, 10 к. с. нормального раствора (3,6%) соляной кислоты и затем 15—25 гр. (т. е. 6—10%) сахара. Уже через несколько дней явления экссудативного диатеза начинают улучшаться и через 2—4 недели проходят. Автор наблюдает, — правда, короткое время, — 12 случаев экссудативного диатеза, леченных таким образом (несколько недель); во всех оно имело полный успех, и рецидива не было. Длительное применение солянокислого молока влечет за собой цилиндрурию, которая проходит, как только отменяют эту пищу. *Е. Ленский.*

97. *Тифозный менингит у двухмесячного ребенка.* Менингит, как осложнение тифа, встречается очень редко, а у маленьких детей менингиты ктому же нередко просматриваются. Поэтому следующий случай д-ра P. S. Dukakis'a (J. Am. Med. As., 1927, vol. 89, № 27) представляет большой интерес: болезнь началась срыгиванием и повышением  $t^{\circ}$  до 39° С., через 6 дней замечены выпячивание родничка, ригидность затылка, нистагм; люмбальной пункцией получена мутная жидкость, в которой найдена неокрашивающаяся по Грам'у палочка, оказавшаяся при дальнейшем исследовании тифозной; из крови больного получить культуры не удалось, но в моче найдена тифозная палочка, а в испражнениях—*B. paratyphi B.* Кровь давала слабую реакцию Widala's с палочкой паратифа В. Расстройству кишечника все время болезни не было;  $t^{\circ}$  в дальнейшем держалась в пределах 38—39°, повторно была судорога, и на 17-ый день болезни больной скончался. Вскрытия не было. Обследование семьи показало, что у отца в кишечнике были палочки паратифа В, а у матери—тифозные. *Е. Л.*

98. *Сифилитические поражения аорты у детей.* По наблюдениям проф. Gasteira (Arch. de méd. des enf., 1927, № 11) усиление II тона на аорте, ко-

торое считается весьма существенным признаком сифилитического аортита у взрослых, встречается особенно часто у детей с наследственным lues'ом, у которых это явление имеет гораздо больше значения, нежели у взрослых. В подтверждение автор приводит 9 случаев наследственного сифилиса у детей с поражением аорты (увеличение последней на рентгене и резкий акцентуированный II тон на аорте), у которых в результате специфического лечения акцент стал значительно слабее или же совсем исчез, а в 2 случаях наблюдалось и уменьшение диаметра аорты.

*И. Тарнопольский.*

### з) Психиатрия и невропатология.

99. *Проподимость центрального нервного барьера при душевных и нервных болезнях.* Исследование проходимости центрального нервного барьера (barrière hémato-encéphalique Sternow'a и Gautier) все более приобретает права гражданства в числе других клинических методов. Для этого исследования можно пользоваться или такими веществами, которые у здорового человека никогда не проходят в спинномозговую жидкость, и присутствие которых в последней свидетельствует о повреждении барьера (гемолизиновая проба Weil-Kafki, хромонейроскопическая проба Flatau'a), или такими, которые в патологических состояниях проходят либо в увеличенном против нормы, либо в уменьшенном количестве. Ко второй категории относятся бромовая проба Walter'a. Walter пользуется бромистым натрием, содержание которого он определяет колориметрически при помощи хлористого золота. Определив этим путем содержание брома в спинномозговой жидкости и в сыворотке крови, он делит цифру, выражающую насыщение бромом кровяной сыворотки, на цифру, выражающую содержание брома в спинномозговой жидкости, и этим путем определяет показатель проходимости барьера. В норме показатель этот колеблется, по Walter'y, от 2,90 до 3,30. Испытав способ Walter'a на 104 больных, S. и L. Prusak (Warsz. Czasop. Lek., 1927, №№ 3—4) пришли к след. выводам: 1) Проба Walter'a позволяет открыть минимальные количества бромистого натрия в спинномозговой жидкости и сыворотке крови. 2) Коэффициент проходимости центрального нервного барьера колеблется в норме между 2,90 и 3,30; коэффициент выше 3,30 свидетельствует о пониженной пропускательности барьера, ниже—о повышенной пропускательности. 3) Отрицательной формой метода Walter'a является то, что, как и всякий колориметрический метод, он является до известной степени субъективным. 4) Показатель этот идет часто рука-об-руку с серологическими реакциями. 5) Некоторые душевные и нервные заболевания всегда протекают с повышенной пропускательностью барьера (психозы старческие и артериосклеротические, tabes dorsalis, менингеальный синдром), другие с нормальной (эпидемический энцефалит, сифилис мозга). 6) При некоторых заболеваниях результат исследования бывает неодинаков: одни случаи протекают с нормальной пропускательностью барьера, другие с повышенной (прогрессивный паралич, sclerosis multiplex), или же с пониженной (sclerosis multiplex, шизофрения). 7) При прогрессивном параличе увеличенную пропускательность дают случаи с далеко зашедшими психическими изменениями. 8) При шизофрении не удалось установить связи между пропускательностью и состоянием болезни. 9) При sclerosis multiplex случаи свежие протекают с повышенной пропускательностью, случаи же более старые—с пониженной пропускательностью барьера. 10) Метод Walter'a не может быть признан за точный дифференциально-диагностический метод при нервных болезнях.

*М. Вайнберг.*

100. *Механизм гипноза и вегетативная нервная система.* А. П. Николаев (Врач. Газ., 1927. № 22) отмечает, что, благодаря гл. образом классическим работам академика П. П. Павлова, можно считать установленным, что нормальный, естественный сон и гипноз суть состояния одного и того же порядка, которые различаются между собой лишь количеством, а не качественно, и являются выражением торможения головной коры. Разбирая вопрос, что приводит к полному торможению в головной коре, т. е. ко сну, автор останавливается на мнении Legendre'a и Piéron'a, которые полагают, что сон есть результат отравления гипнотоксином, и мнением акад. Павлова, согласно которому сон является простым безусловным защитным, врожденным рефлексом, охраняющим самые ценные элементы организма—нервные клетки больших полушарий. Автор склоняется к последнему мнению. Останавливаясь далее на раздражителях при гипнозе, он предлагает предпочитать кожно-температурные, кожно-механические и зрительные раздражители широко применяемым обычно звуковым раздражите-