

зультатах радиотерапии при раках влагалища, частота которых среди других раков половой сферы не превышает 2%. Всего лечен 21 случай. В большинстве случаев это были плоскоэпителиальные раки, располагавшиеся в заднем своде рукава; иногда их трудно было отличить от вторичных раков, перешедших с рогов. Чаще всего первичные раки рукава встречались в возрасте 30—40 лет. В качестве предрасполагающего момента автор указывает на пессарии и пролапсы. В 12 сл. была проведена чисто-радиевая терапия, в остальных радиотерапия комбинировалась с рентгенотерапией, причем трубочки с радием, из свинца в 3—4 мм., вводились в вагину, матку и rectum. Доза равнялась 1500—2500 мгр.-часов. Среди леченых больных свободными от рецидива от $\frac{1}{2}$ до 1 года оказались 5, 2 года—4, 3 года—3, 4 года—5, 5 лет—2 и выше 5 лет—2 больных. Таким образом радиотерапия при раках рукава дает лучшие результаты, чем оперативное лечение, при котором, по Jaschke, получается 90% рецидивов. Не утап (ibid.) дает отчет о лечении раков маточной шейки за время 1914—1921 г.г. Поэтому автору плоскоэпителиальные раки дают лучшее представление о сравнению с цилиндроклеточковыми. Радий, в трубочках Dominić, вводился в матку в количестве 40,1 мгр., во влагалище—в количестве 70 мгр. Максимальная доза при введении в матку была 2640 мгр.-часов, в рукав—4500 мгр.-часов. Второй сеанс был через неделю после первого, третий—через 3 недели после второго. 4500 мгр.-часов при трехсекансовом лечении можно заменить концентрированным освещением в 4000 мгр.-часов в два сеанса. Число больных, свободных от рецидива в течение 5 лет, превышает у него 40%. На 505 леченых случаев первичная смертность от перитонита и сепсиса выражается в 6 смертей. Для неоперабельных случаев излечение в течение 5 лет достигнуто в 16,6%. А. Тимофеев.

ж) *Хевропатология и психиатрия.*

281. О хордомах. Эта редкая опухоль, описываемая Еленевским и Мельниковым (Офт. и Травм., 1928, кн. 5—6), наблюдалась до сих пор всего 84 раза: 45 раз была краиальная хордома на clivus Blumenthali, 37 раз—каудальная и 2 раза— позвоночная. Краиальные хордомы представляют собою иногда доброкачественные опухоли величиной с орех, сидящие в области clivus на экзостозе и прорастающие в твердую мозговую оболочку к rons Varolii, иногда злокачественные,—последние отличаются большими размерами и разрушительным ростом, узурируют кость, внедряются в clivus, проникают в глотку, вростают в придаток мозга и через 1—5 лет ведут к смерти; клинически характеризуются эти хордомы болями в затылке, невралгическими болями от сдавления Gasserg'ova узла, рвотой, бредом и застойным соском. Среди каудальных хордом можно различать: 1) антесакральные—располагающиеся между крестцом и прямой кишкой, прощупываемые через последнюю, отличающиеся своим быстрым ростом, сдавливающие тазовые органы и затрудняющие дефекацию и мочеиспускание, а также вызывающие невралгические боли; 2) ретросакральные—лежащие позади крестца, достигающие размеров головы взрослого, очень злокачественные, дающие метастазы в печень, прорастающие крестец и вростающие в спинномозговой канал; 3) центральные крестцовые—расстраивающие функции тазовых органов и вызывающие невралгические боли. Патолого-анатомическая картина как доброкачественных, так и злокачественных хордом существенной разницы не представляет: те и другие состоят из сероватой, студенистой, полупрозрачной, содержащей нередко кисты ткани. Лечение—оперативное, причем злокачественные хордомы после операции обнаруживают наклонность к рецидивам. Н. Киптенко.

282. К лечению нервной аэрофагии. Проф. J. H. Schultz (Deut. med. W., 1928 № 3) указывает на то обстоятельство, что причиною развивающейся одновременно с приемом пищи тимпания желудка со всеми обусловливаемыми ею расстройствами надо считать во многих случаях отсутствие координации между глотанием и дыханием,—то, что аэрофаг перед и при каждом глотании делает глубокий, часто слышный вдох. Отсюда вытекает и способ лечения: путем упражнения, малыми глотками еды и питья надо приучить больного глотать только во время выдохания, или предшествующей (resp. последующей) ему дыхательной паузы. С. С-в.

283. Наркотическое действие табаку с прибавкою хлористого калия. S. Duntas и P. Zis (Wien. kl. W., 1928, № 5) проверили сообщение одного курильщика гашшиша, что взамен последнего он с успехом пользуется иногда смесью

табаку с хюористым калием. Оказалось, что действительно прибавка к табаку не-лишком больших (0,5 на трубку) количества названной соли дает наркоз минут на 40, с резко выраженной эвфорией.

C. С-в.

284. *О механизме голода.* Д-р Е. А. Попов (Собр. Психоневр., 1927, № 7—8) наблюдал 3 случая, где после перенесенного эпидемического энцефалита развились периодически наступавшие приступы голода. Во всех случаях приступы эти сочетались с ригидно-акинетическим синдромом, вегетативными нарушениями и вязким смехом. Эта комбинация свидетельствует, по автору, что аппарат, раздражение которого вызывает ощущение голода, лежит в области больших стволовых ганглиев.

P.

3) Сифилидология.

285. *Сифилис плода и новорожденного.* Raschhofer (Arch. f. Gyn., Bd. 129, 1927) исследовал гистологические изменения, вызываемые бледной спирохетой в пуповине, плаценте, оболочках и органах плода. Наиболее характерным из этих изменений в плаценте он считает образование здесь абсцессов, ибо в 1000 контрольных плацент от здоровых матерей и 40 плацентах от матерей с другими инфекционными заболеваниями последних не было обнаружено; однажды в окружности абсцесса автором найдены были гигантские клетки. Воспалительные изменения в пуповине встречались в 40% всех случаев lues'a, выражаясь в инфильтрации сосудистых стенок и Варгоновой студени. 72% плодов при сифилисе были инфицированы. Эндометрит встречался так часто, что автор утверждает, будто женщина с эндометритом всегда рождает инфицированного ребенка, и наоборот, у женщины, родившей инфицированного ребенка, всегда имеется эндометрит. В плацентах часто отмечалось разрастание ворсин. Изменения в органах плода были выражены тем сильнее, чем старше был его возраст; среди этих изменений автор описывает сифилитические изменения легких, поджелудочной железы, печени, селезенки, лимфатических узлов, кожи и остеохондрита. Серологические исследования у 9 плодов дали 7 раз слабо-положительную и 2 раза—отрицательную реакцию. Противосифилитическим лечением можно, в случаях сифилиса беременных, предупредить инфекцию плода; если же к началу лечения плод был уже заражен, лечение остается без влияния на него

A. Тимофеев.

286. *Диагностика сифилиса при помощи серореакций во время беременности.* Philipp (Klin. Woch., 1927, № 15) исследовал 1000 рожениц, про-делав с кровью локтевой вены реакции Wassermann'a (WaR), Meinicke (MTR) и Sachs-Klopstock'a (SaKLR). Одновременно кровь пуповины исследовалась на спирохеты. Главной задачей автора было решить вопрос, получается ли при беременности неспецифическая реакция. Спирохеты чаще всего обнаруживались им в тех случаях, когда все три, или, по крайней мере, две реакции были положительны. Наоборот, ни в одном случае, где положительной была лишь WaR, спирохет обнаружено не было. Равным образом в случаях, где положительный результат давала одна лишь WaR, не было и никаких анамнестических указаний на lues; 28 раз произведенное в этих случаях повторное исследование дало отрицательный результат. Из 67 случаев, где две или все три реакции были положительными, 50 оказались, несомненно, сифилитическими. Автор приходит к заключению, что сифилитическое заболевание можно признать лишь тогда, когда WaR, MTR и SaKLR, или, по крайней мере, две из них, дают положительный результат. Если положительна только одна WaR, никакого диагностического заключения делать нельзя, ибо она часто является неспецифической реакцией беременности. Положительный результат MTR имеет большое значение в смысле диагноза lues'a. Но все же и здесь вопрос не решается одной реакцией.

A. Тимофеев.

287. *Об унификации Wassermannovskoy реакции.* Работая с несколькими сериями «московских» антигенов Центр. Бакт. Института, Брин и Солун (Бест. Микр., VI, вып. 3) установили, что антигены эти, обладая резко выраженным антикомплектарным свойствами, могут давать с одной стороны ложные задержки, т. к. не все испытуемые сыворотки нейтрализуют это антикомплектарное свойство антигена, а с другой—могут давать и учащенные отрицательные результаты, т. к. основной опыт при нейтрализации испытуемой сывороткой антикомплектарных свойств антигена протекает в избытке комплемента. Авторы поэтому считают недопустимым противорывать комплимент в присутствии антикомплектарного антигена и в этом усматривают главный недостаток современной