

начинающееся падение остроты зрения задержалось, поле зрения стационарно. 4-й больной при непродолжительном наблюдении ($3\frac{1}{4}$ года) дал понижение зрения. 5-й больной, который был под наблюдением $3\frac{1}{2}$ года, несмотря на разнообразное лечение, в том числе и прививками малярии, дал понижение зрения с 0,2—0,3 при начале лечения до счета пальцев на метр и $1\frac{1}{2}$ метра к концу лечения.

Е. Волженский.

529. *Лечение табетической атрофии зрительного нерва.* Maucksch (Ztschr. f. A., Bd. 65, N. 6), основываясь на гистологических данных работы Behr'a о патогенезе табетической атрофии зрительного нерва, как дегенеративном процессе, происходящем в результате запустения питающих капилляров, в целях увеличения циркуляции крови и поднятия питания волокон зрительного нерва произвел опыт лечения табетической атрофии путем оперативного вскрытия решетчатой кости и клиновидной пазухи с последующим введением тампонов, смоченных в растворе атренина. В 4 из 5 случаев, ранее безрезультатно леченных специфическими средствами и прививкой малярии, ему удалось после применения ринологического лечения достигнуть некоторых результатов в смысле повышения остроты зрения и расширения поля зрения.

Е. Волженский.

е) *Акушерство и гинекология.*

530. *Оригинальный способ электро-серодиагностики беременности* предлагает Kumagai (по Berich. u. d. ges. Gyn., Bd. 14). В крови беременных циркулируют специфические субстанции (антиген), образующие антитела против плацентарных белков, причем происходит заметное изменение электрического заряда антигена. Исходя из этого, автор советует готовить экстракт плаценты, прибавлять его к исследуемой сыворотке и пропускать через смесь электрический ток, наблюдая затем под микроскопом движение частиц к аноду. Без прибавления сыворотки эта скорость равна $3,2 \mu$ в секунду, с прибавкой нормальной сыворотки она равна $2,2 \mu$, а с сывороткой беременных — $1,0 \mu$ в секунду. Это уменьшение скорости движения частиц к аноду с большой вероятностью говорит в пользу диагноза беременности и бывает наиболее резко выражено между II и V месяцами последней, но впервые появляется уже вскоре после оплодотворения. Менструация этого феномена не дает. Пузырный занос и внематочная беременность дают положительную реакцию. Сифилитическая сыворотка тоже дает эту реакцию.

А. Т.

531. *Кантаридиновая реакция и беременность.* Spiegler (Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. 78, N. $1\frac{1}{2}$) цитологически исследовал содержимое пузыря от кантаридного пластыря у беременных и считает возможным по содержанию в нем лимфоидных элементов, являющихся производными ретикуло-эндотелиальной системы, судить о резистентности организма. При нормальной беременности количество лимфоцитов заметно увеличено. В нескольких случаях эклампсии оно было резко понижено, а в 2 тяжелых случаях они даже совершенно отсутствовали. Таким образом при помощи этой реакции можно судить о состоянии местных защитных сил организма, связанных с ретикуло-эндотелием.

А. Тимофеев.

532. *Ранний диагноз невозможности родов при узком тазе.* Frey (Arch. f. Gyn., Bd. 132) на основании 2000 родов с 150 узкими тазами приходит к следующим выводам: если при сохранившейся еще portio и отошедших водах роды не подвигаются после 16-часовой родовой деятельности и общем числе схваток до 150, безусловно показано кесарское сечение; при частично же открытом зеве и отошедших водах можно ждать до 24 часов от начала схваток и общего числа их в 220 схваток. Если по истечении этого времени раскрытия не наступит, то роды без тяжелых повреждений матери и плода невозможны. Отдельные смертные случаи при sectio caesarea наблюдались именно тогда, когда открытия не наступило после 36—44-часовой родовой деятельности и 550 схваток.

А. Т.

533. *К этиологии рака матки.* По мнению Graves'a (Am. Journ. of surg., 1927) недостаточный отток маточного секрета является моментом, predisposing к развитию рака матки. Эта недостаточность оттока выделений половой канала может быть обусловлена сужениями, закрытием просвета или рубцами где-либо на его протяжении. Воспалительные и новообразовательные изменения являются не причиной, а следствием стенозов. Это особенно наглядно можно видеть в кишечном канале, желчном пузыре, грудной железе и на коже—езде, где встречаются

препятствия в области выводных каналов. В отношении полового канала у женщин дело идет не о грубых изменениях, но о таких нарушениях, которые ничем себя не проявляют, однако, действуя долгое время, приводят к раздражению клеток. Задержку секрета автор считает и предрасполагающей к раковому перерождению серозных кистаденом и эндометриом яичника. На основании большого материала Г. считает именно стриктуру первичным изменением. Отсюда в целях профилактики он рекомендует самую большую тщательность при производстве операций, в особенности пластических. *А. Тимофеев.*

534. *Лечение рака матки ацетоном и радием.* По Gellhorn'у (Zentr. f. G., 1927, № 49) радий может быть применением не во всех случаях рака матки, и для этих случаев Г. предлагает лечение ацетоном. Эти случаи: 1) больные с резкой кахексией, которые не в состоянии перенести нагрузки организма продуктами распада при лечении радием; 2) больные с поражением мочевого пузыря и прямой кишки; 3) случаи с плоскостным распространением рака по стенкам влагалища. Техника лечения ацетоном состоит в следующем: раковый очаг выскабливается, больной придается Trendelenburg'овское положение, и в рукав сй вводится грубое зеркало, которое наполняется 1—2 столовыми ложками чистого ацетона. Через 10 минут ацетон осторожно удаляется и заменяется новой порцией, которая удаляется через 20 мин. Такое лечение повторяется в течение первых двух недель ежедневно, а затем через 2 дня. Наружные половые части не должны приходить в соприкосновение с ацетоном. Тампоны не применяются. Результатом лечения в короткое время являются уплотнение ткани и эпителиализация ракового кратера. *А. Тимофеев.*

ж) Педиатрия.

535. *Ацетонемия у детей.* Krabbel (Zentr. f. Chir., 1928, № 13) наблюдал случай сильной рвоты с неопределенными болями в животе у 6-летнего ребенка, сына врача. Картина болезни очень походила на острый приступ аппендицита, но смущал сильный запах ацетона в выдыхаемом больным воздухе. Исследование мочи обнаружило также наличие в ней ацетона. После двукратного приема инсулина по 5 единиц больной быстро стал поправляться. Причина этого страдания неизвестна; возможно, здесь играют роль конституциональные моменты. *Н. Цимхес.*

536. *Прогностика заболеваний почек у детей.* На основании большого, хорошо прослеженного клинического материала Rosenmoller (Arch. f. Kinderheil., 1928, Bd. 84) приходит к заключению, что прогностика почечных заболеваний в детском возрасте гораздо благоприятнее, чем у взрослых, так как замена заболевших почечных элементов новообразованными клетками происходит здесь гораздо легче. *Р.*

537. *Эфедрин при коклюше.* Anderson и Номан (Am. Journ. of med. sc., 1927, v. 174) получили очень хорошие результаты в 20 случаях лечения коклюша эфедрином. Последний давался в водном растворе per os—у детей старше 1 года в дозе 0,016, моложе 1 года—0,008, в 6 случаях только по вечерам, в остальных—и утром, и вечером. Полное устранение судорожного кашля и рвоты наступило в 18 случаях, причем, впрочем, у всех больных оставался еще небольшой кашель. Каких-либо токсических явлений средство это не вызывало. *В. С.*

з) Желтопатология и психиатрия.

538. *Прививки четверодневной болотной лихорадки при метасифилисе.* На основании 7-летних наблюдений W. Kirschbaum находит (Münch. med. W., 1928, № 11), что результаты прививок m. quartanae ничуть не хуже, чем трехдневной лихорадки, и все лечение, кроме того, нежнее, почему и рекомендуется особенно у слабых больных. *С. Г.*

539. *Двойной атетоз после воздушной контузии.* М. Е. Соболев (Совр. Психоневр., 1927, № 10) приводит интересный случай, где в результате воздушной контузии произошло, по мнению автора, двустороннее кровоизлияние в области верхних отделов с. striati и отчасти pallidi. Этой локализацией автор и объясняет наблюдающуюся здесь клиническую картину: двойной атетоз, преимущественно в мускулатуре лица и в дистальных отделах верхних конечностей, небольшую торзию и легкие пирамидные симптомы с одной стороны. *Г. Первушин.*