

отдельного случая. Разделение аменоррей в отношении прогноза на первичные и вторичные оказывается недостаточным; скорее необходимо различать: 1) первичные гипофизарные и овариогенные, 2) вторичные гипофизарные resp. овариогенные и 3) комбинированные эндокринные менструальные расстройства. В $\frac{2}{3}$ случаев наблюдается полный или частичный успех, и в $\frac{1}{3}$ сл. лечение остается безрезультатным. Трудно поддаются лечению случаи гипоменорреи, особенно после искусственного аборта. Труднее всего лечение расстройств гипофизарного происхождения. Лучших результатов можно ожидать от парентерального введения препаратов передней доли гипофиза, содержащих все действующие вещества ее. Кроме того, а. указывает, что в результате лечения фолликулином можно получить нормальную флору влагалища первой степени чистоты и нормальную концентрацию водородных ионов. Новые гормональные препараты дали хорошие результаты также при эндокринных артропатиях и дерматозах, в определенных случаях влагалищных белей и при климактерических расстройствах.

Б. Иванов.

Fischer-Wasels H. *Содержание гормона желтого тела в плаценте человека.* (Zbl. Gyn. 14, 787—790, 1936). Обследование около 100 последов показало, что содержание в плаценте гормона желтого тела в первые три месяца беременности очень незначительно; гормон в это время совершенно отсутствует или имеются лишь следы его. Переходным периодом в этом отношении является 4—5-й мес. беременности, когда гормон находится лишь в части последов; в большинстве же случаев он отсутствует. Наибольшие количества гормона обнаружены в последах 6—8-мес. беременности, когда в этом отношении имеются наивысшие и наиболее постоянные цифры. Гормон обнаружен и в последах доношенных детей, но количество его в этих случаях очень непостоянно и незначительно. Отсутствием в последе гормона желтого тела в первые три месяца беременности вполне объясняется факт прекращения последней при удалении в это время обоих яичников. На 6—8-м мес. беременности плацента является вполне надежным источником гормона, способным в любой момент пополнить недостающее количество его, образуемое желтым телом яичника. При этом образуемое последом гормона иногда совершенно достаточно, чтобы обеспечить продолжение беременности в случаях удаления в это время обоих яичников. Были сделаны также попытки терапевтического применения экстрактов последов 6—8-го месяцев беременности с вполне благоприятными результатами при привычном аборте и гипоплазии матки с длительной аменорреей.

Б. Иванов.

Posatti F. *К вопросу о трансперитонеальном resp. внешнем передвижении яйца.* (Zbl. Gyn. 12, 686—689, 1936). С целью разрешения вопроса о возможности трансперитонеального передвижения яйца и о его частоте, а. обследовал оперированные за 10 лет в Венской гинекологической клинике 214 сл. трубной беременности. При этом он исходил из того положения, что такое передвижение яйца по брюшной полости с одной стороны на другую имело место во всех тех случаях, где желтое тело находилось не в яичнике беременной трубы, а в яичнике противоположной стороны. Доказательство этому можно получить уже во время лапаротомии, а также при тщательном гистологическом исследовании яичника, удаленного вместе с беременной трубой той же стороны, которое не обнаруживает в нем никаких следов желтого тела. Из обследованных 214 сл. в 45—вместе с трубой был удален яичник, который в 25 сл. содержал хорошо сохранившееся желтое тело; в 20 же остальных случаях желтое тело не было обнаружено, ввиду чего необходимо допустить, что здесь оно находилось на противоположной стороне, и следовательно в 44% сл. имело место трансперитонеальное передвижение яйца. По мнению автора, развитие трубной беременности следует объяснять тем, что яйцо при его трансперитонеальном передвижении стареет и находится при прохождении через трубу противоположной стороны уже в готовом для имплантации состоянии.

Б. Иванов.

Clauberg. *Лечение кровотечений из женских половых органов.* (Ther. u. Gegenwart., 3, 1936).

При установлении диагноза всегда следует иметь в виду, что в периоде, предшествующем наступлению половой зрелости, причиной кровотечений могут быть злокачественные опухоли и инородные тела; в периоде половой зрелости играют роль болезни крови. В зрелом возрасте повреждение заднего свода влагалища во время полового сношения и вывороты требуют хирургического лечения. При

гипертрофических эрозиях, а также при эрозиях с надтреснутыми краями, кретообразной формой и плохой тенденцией к заживлению—всегда нужно думать о карциноме. Подобное подозрение должно возникнуть и при всяком неправильном кровотоке в климактерическом периоде. Часто появляющиеся в этом возрасте вагиниты нужно лечить после основательной очистки гранулолем, а в упорных случаях—ваннами по Менге. Слишком сильные и слишком длительные маточные кровотечения, зависящие от расстройств полового цикла, требуют при небольшой матке назначения больших доз фолликулина. При железисто-кистозной гиперплазии для установления диагноза безусловно необходимо выскабливание, которое имеет одновременно и лечебное значение; кроме того, здесь необходимы впрыскивания гормона желтого тела в течение 14 дней по 2—10 КЕ. Гоноройный эндометрит в остром периоде подлежит консервативному лечению; при хронической форме—показано выскабливание. При постклимактерических кровотечениях всегда следует подумать о карциноме и произвести выскабливание и гистологическое исследование соскоба. *Б. Иванов.*

Kranzfeld M. Ранний диагноз рака влагалищной части матки при помощи кольпоскопа Гинзельмана. (Schweiz. med. Wschr. 9, 223, 1936). Кольпоскопия при помощи предложенного Гинзельманом аппарата, дающего 10-кратное увеличение, является ценным подспорьем в деле ранней диагностики рака влагалищной части матки. А. описывает два подобных случая, где диагноз рака был поставлен только в результате кольпоскопии. Последняя имеет, кроме того, очень важное значение и для правильного производства биопсии в смысле иссечения подозрительного участка в пределах здоровых тканей. В противоположность мнению Гинзельмана лейкоплакии и иод-отрицательные участки могут подвергаться обратному развитию. А. в течение трех лет ни разу не наблюдал развития настоящего рака на почве указанных изменений. В заключение он подчеркивает, что кольпоскопия может применяться только в больничной обстановке. *Б. Иванов.*

Engelkart E. u. Tscherne E. Гонадотропная функция передней доли гипофиза в климактерическом периоде и влияние на нее фолликулина. (Zbl. Gyn. 14, 790—795, 1936). В связи с установленным в опытах на животных развитием после прекращения функции яичников типичных гистологических изменений в передней доле гипофиза, сопровождающихся усиленной гонадотропной ее деятельностью и обратным развитием этих изменений с уменьшением указанной гонадотропной функции в результате введения фолликулина, а, изучая действие высоких доз последнего на выделение гормона созревания фолликула у женщин постклимактерического возраста. При этом оказалось, что повышенное выделение гормона созревания фолликула с мочой у женщин постклимактерического возраста под влиянием введения фолликулина уменьшается resp. совершенно прекращается; кроме того, фолликулин оказывает задерживающее действие на функцию передней доли гипофиза. Эти данные вполне совпадают с результатами опытов на животных, за исключением выделения с мочой гормона лютеинизации, которого у женщин постклимактерического возраста, в противоположность кастрированным животным, не происходит. Отсутствие гормона лютеинизации в моче женщин постклимактерического возраста, а также морфологические различия между гипофизами кастрированных женщин и женщин, находящихся в климактерическом периоде, указывают на различные функциональные свойства их гипофизов. *Б. Иванов.*

Novak J. Значение передней доли гипофиза в гинекологии. (Wien. med. Wschr. 22, 1936). Удаление передней доли гипофиза ведет у инфантильных животных к остановке развития половых желез и роста, а также к ряду изменений обмена веществ. Как показали соответствующие исследования, передняя доля гипофиза продуцирует гормон, дающий мощный импульс половым железам и вызывающий у инфантильных животных в течение нескольких дней все явления ранней половой зрелости. Этот гонадотропный гормон вызывает образование в яичниках аутохтонных яичниковых гормонов—фолликулина и гормона желтого тела, обуславливающих, в свою очередь, соответствующие изменения в трубах, матке и влагалище. Гонадотропный гормон очень чувствителен к нагреванию, действию кислот и щелочей; при терапевтическом применении он до сих пор не дает того эффекта, которого можно было бы ожидать на основании опытов на животных. Однако в настоящее время уже имеются следующие показания к его назначению: 1) первичные аменореи (пролан + фолликулин); 2) вторичные аменореи (пролан per se или пролан + большие дозы фолликулина и гормона