

гипертрофических эрозиях, а также при эрозиях с надтреснутыми краями, кривообразной формой и плохой тенденцией к заживлению—всегда нужно думать о карциноме. Подобное подозрение должно возникнуть и при всяком неправильном кровотечении 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, изучал 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 аменорреи (пролан + фолликулин); 2) вторичные аменорреи (пролан per se или пролан + большие дозы фолликулина и гормона

желтого тела); 3) кровотечения у девиц (лютеинин); 4) климактерические кровотечения (пролан В). Гонадотропный гормон еще не испытан в тех случаях, где у стареющего организма необходимо активизировать своевременно или преждевременно угасшую функцию половых желез.

Weysser С. *Половая зрелость, конституция и роды.* (Zbl. Gyn. 13, 728—734, 1936).

Б. Иванов.

На основании статистической разработки 1115 сл. родов а. приходит к выводу, что в связи с ранним или поздним наступлением половой зрелости можно сделать ряд заключений о способности женщины к деторождению. Как при слишком раннем, так и при позднем наступлении половой зрелости наблюдается более значительный процент патологических родов, чем при нормальном появлении менструаций; при раннем половом созревании часто встречаются затруднения со стороны мягких частей (значительно большее число разрывов промежности и эпизиотомий), а при позднем наступлении половой зрелости отмечаются затруднения со стороны скелета (значительно большее количество кесарских сечений), что объясняется неправильным развитием скелета (общесуженный таз) вследствие отсутствия своевременного гормонального влияния на рост костной системы.

Б. Иванов.