

недостаток сильно понижает эту способность, до полной стерильности; 5) в количественном отношении плодовитость показала мало отклонений, — если самец вообще способен оплодотворять, то он способен оплодотворить столько яиц, сколько может выдаться самка; 6) количество самцов среди приплода уменьшается как в зависимости от степени недостатка витамина В, так и в связи с продолжительностью диеты; последнее объясняется, вероятно, тем, что, слабея от диеты, животные едят меньше, и потому запасы витамина у них постепенно уменьшаются.

Проф. М. Тушинов.

179. *Новый признак отделения послёда.* Klein (Med. Klin., 1925, № 19) для выяснения того, отделился ли послёд от маточной стенки, предлагает роженнице натуживаться, как при испражнении: если выпячивающийся из половой щели конец пуповины при этом опустится ниже и останется в таком положении и после прекращения натуживания, — это служит указанием, что отделение послёда совершилось.

Б. С.

180. *Влияние беременности на органы полости рта.* Обследовав эти органы у 26 беременных, д-р М. Л. Бейн-Леви (Журн. Одонт. и Стomat., 1925, № 6) мог констатировать у них возникновение кариеса или более быстрое прогрессирование его в 19% заболеваний десен — в 46%; слюна оказалась менее щелочной в 46%, слабо-кислой — в 34%, кислой — в 11%; содержание роданистого калия в ней было найдено не уменьшенным.

В. С.

181. *К этиологии эклампсии.* За последнее время несколькими авторами было высказано предположение, что в этиологии эклампсии важную роль играет лактальбумин, вырабатываемый грудной железой, и что эклампсия представляет собою анафилактическую реакцию на циркулирующий в крови этот жужеродный альбумин. Пытаясь доказать этот взгляд, А. Нунд (Lancet, 1925, № 5331) исследовал выделяемый в моче альбумин при помощи поляриметрического метода и определял по способу Kjeldahl степень поляриметрической активности этого мочевого альбумина; кроме того он определял вращающую способность альбумина человеческой сыворотки и альбумина коровьего молока. В результате автор пришел к заключению, что вырабатываемый грудной железой лактальбумин всегда поступает в кровь небольшими дозами, и организм вырабатывает по отношению к нему иммунитет. В тех же случаях, когда иммунитета почему-либо не наступает, или же происходит поступление сразу больших количеств лактальбумина, наступает анафилаксия в виде экламптических припадков.

Е. Заболотская.

182. *К этиологии трубной беременности.* Кок (Klin. Woch., 1925, № 25) особое этиологическое значение приписывает нарушенной перистальтике трубы. Нарушение это м. б. обусловлено воспалительными спращениями или соединительнотканнатым перерождением мускулатуры трубы. В основе нарушенной перистальтики может лежать врожденная недостаточность мускулатуры при инфантилизме, а также аномальное гормональное влияние со стороны плодного яйца.

А. Т.

183. *Зависимость влагалищной флоры от общего состояния организма* устанавливает R. Salomon (Zeit. f. Konst., Bd. 11, 1925), по наблюдениям которого изменения влагалищного секрета — в смысле появления нейтральной или даже щелочной его реакции, увеличения числа форменных элементов и уменьшения степени чистоты его — идут параллельно общему процессу, а иногда проявляются и раньше других клинических симптомов, вследствие чего и могут служить в качестве прогностических признаков. Такие влияния общих заболеваний на состояние влагалищного секрета S. особенно отчетливо мог отметить у больных, страдающих волчанкой и тbc. Конституциональные особенности организма тоже не остаются без влияния на характер влагалищного секрета, — в особенности инфантилизм, астения и хлороз. Loeser (Zentr. f. Gyn., 1925, № 49) нашел, что у девочек, здоровых в половом отношении, предрасположение к влагалищным выделениям вызывается лабильным состоянием вегетативной нервной системы, в особенности при лимфатизме и tbc. У взрослых женщин предрасполагающими моментами являются такие аномалии конституции, которые можно охарактеризовать как экссудативные, лимфатиче-гипопластические или невро-артритические диатезы. Изучая свойства переживающих тканей человеческого влагалища, L. показал гликолитическую их способность и несомненную зависимость ее от общей конституции организма. Влагалищные бели не есть заболевание sui generis. Только при точном анализе всех этиологических моментов, как экзо- так и эндогенного

характера, может быть проведена рациональная их терапия. Те физико-химические изменения, которые характерны для воспаления и в особенности изучены Schafé, могут быть вызваны различными этиологическими моментами. С этой точки зрения Landeker (Arch. f. G., Bd. 124) при лечении Fluor vaginalis считает необходимым применять и общее лечение, чтобы поднять защитные силы организма и усилить жизненную реакцию поврежденных тканей полового аппарата. Местно можно усилить обмен веществ в тканях, применяя известные раздражители. Ультра-фиолетовым освещением влагалища можно увеличить диастатическую деятельность фермента, переводящего гликоген в сахар. Рекомендует автор также смазывание влагалища молочнокислым раствором пепсина. Наконец, он предлагает оригинальный метод лечения белей при помощи хлор-этила в течение 1—2 м. через цилиндрическое зеркало. Действие этого метода L. объясняет его бактерицидностью, а отчасти влиянием на вазомоторы с последующей гиперемией. Проф. А. Тимофеев.

184. *Местное грязелечение влагалищными грязевыми тампонами.* Известно громадное значение грязелечения в гинекологической терапии. Д-р Волосович (Гр. Бальн. Инст. на Кавк. Мис. Водах, 1925, т. II) рекомендует вместо ранее употреблявшихся тазовых грязевых ванн, применение грязевых тампонов по методу проф. А. И. Лебедева, несколько видоизмененному автором (введение грязи при помощи цилиндрических зеркал). Т^о грязи, начиная с 40°R, постепенно доводится при этом до 48°R, продолжительность ее воздействия—до 1 ч. Из приводимых автором историй болезней видно, что грязевые влагалищные тампоны благоприятно влияют в смысле рассасывания воспалительных продуктов, проявляя также живучее действие на слизистую оболочку полового канала. Способ этот действует более энергично, чем грязевые лепешки. Особенно благоприятный результат давали автору некоторые формы аменоррей, совершенно не поддававшиеся другим средствам. Г. Клячкин.

185. *Результаты люмбальной анестезии.* Sessa (Galli (Ann. ital. di chir., 1924) на 3200 сл. не имел ни одной смерти непосредственно от анестезии. Всегда применялся новокаин в дозе 0,08 и лишь у старых субъектов—0,05. Обширные ранения и шок противопоказуют люмбальную анестезию. У молодых до 15 лет тоже лучше избегать ее, т. к. они очень чувствительны. Болезни печени, почек, сосудистого аппарата и легких противопоказаниями не служат. Состояние гипертонии особенно подходящее для люмбальной анестезии. При воспалительных процессах вблизи места пункции лучше от нее отказаться. Автор допускает высокую пункцию между X—XI грудными позвонками, но указывает, что при этом должно быть выпущено 8—10 к. с. жидкости, инъекционный раствор должен быть смешан с liq.ог и вводиться без давления. Vorlaender (Arch. f. G., Bd. 123) на основании 1385 случаев Фрейбургской клиники приходит к заключению, что люмбальная анестезия тропокаином (0,08 pro dosi) при правильной технике и соблюдении всех необходимых условий есть хорошее средство, не более опасное, чем другие виды наркоза, и пригодное для всех видов гинекологических операций, включая и кесарское сечение. Анестезия эта не должна применяться у больных с поражением центральной нервной системы, с сильным артериосклерозом, с септическими заболеваниями и у психически-лабильных субъектов. При ней должны быть соблюдаемы след. правила: строгая асептика; немедленное, но возможно осторожное укладывание в горизонтальное положение; не применять положения с приподнятым тазом в течение 5 м. после инъекции и во всяком случае не больше 30° к горизонту; точный контроль пульса и дыхания во время операции; подготовительное применение скополаминного полусна. Трофоневротические повреждения в сакральной области после люмбальной анестезии наблюдал Klein (Arch. f. G., Bd. 123) в виде более или менее обширных некрозов. На основании литературных данных, собственных 9 случаев и своих экспериментов на животном K. во избежание повреждений подобного рода предостерегает от высокой пункции и рекомендует ее производить между III и IV поясничными позвонками. А. Тимофеев.

186. *Пластика тазового дна при пролапсе.* На основании анатомических соображений Sellheim (Arch. f. G., Bd. 123) предлагает след. технику пластики тазового дна при пролапсах: срединный разрез задней стенки рукава до portio vaginalis; отпрепаровка ножом влагалища от m. constrictor cunni, diaphragma pelvis uro-genitale и d. p-rectale; сбоку отпрепаровка эта идет возможно шире, сверху—до самого Дугласа; получается раневая поверхность, где отдельные слои разобрать трудно. После того в рану вводят широкий крючок и оттягивают им