

тампонаду. Если причиной менорагий является тромбопения, благоприятное действие оказывает рентгеновское облучивание селезенки. При наличии гипотиреоза для борьбы с менорагиями могут применяться препараты тиреоидина. Субмукозные миомы требуют своевременной операции; лучистая терапия показана прежде всего при климактерических кровотечениях. Во многих случаях менорагий хорошее действие оказывает гормон желтого тела. При прекращении менструальных кровотечений, причина которого часто неясна, показано симптоматическое лечение фолликулином (около 300000 ME) с дополнительным назначением достаточных количеств гормона желтого тела (60-80 KE). При менструациях, появляющихся через продолжительные и неправильные промежутки времени, назначают фолликулин в возрастающих дозах до конца третьей недели и затем прекращают введение гормона. Лечение дисменореи состоит в назначении бодеутоляющих и противосудорожных средств и психотерапии, а в упорных случаях — в резекции plexus hypogastricus impar nervus praesacralis в области пятого поясничного позвонка до вступления его в полость таза. *Б. Иванов.*

Mancini. Гонорея и беременность. (Annali obst. e Gyn. Milan V. 58 31. VIII, 1936).

Автор отмечает, что беременность стимулирует гоноройный процесс. Для нее характерны такие патологические состояния, как гранулярный вагинит, бартолинит, кондиломы и артрит. Наиболее частым осложнением гонореи при беременности является аборт и заболевание суставов. Гоноройный цервицит может вызвать преждевременные роды вследствие несвоевременного разрыва оболочек. Акт родов протекает у гоноройных женщин так же, как и у нормальных, и оперативные вмешательства при этом проходят без особых осложнений. Повышение температуры не является частым осложнением послеродового периода. Если оно обнаруживается и принимает регулярный характер, то это указывает на распространение процесса в глубину генитального тракта. Такая асценденция гонореи в пuerперальном периоде чревата весьма важными последствиями. Она принимает в большинстве случаев перивариальнотрубную форму и является причиной вторичной стерильности. Вес детей, родившихся от гоноройных матерей, не является нормальным. *В. Дембская.*

Lindemann, W. Фолликулин при свищах грудной железы и мастите (Zbl. f. gyn. 1936, 18, 1045—1046).

Свища грудной железы, как следствие разрезов при мастите, являются тягостным осложнением. Для лечения их а. рекомендует впрыскивание 50000 ME фолликулина в ягодичную мускулатуру. В одном из своих случаев он получил очень хороший результат под влиянием такого лечения с прекращением выделения из свища и закрытием его. *Б. Иванов.*

Hoffmann H. Значение рефлексов, вызываемых давлением на нервные стволы при эклампсии и преэклампсии. (Mtschr. Geburtsh. u. Gyn. 1939, 101, 3—4, 193—166).

Изучение в Марбургской гинекологической клинике двигательных рефлексов Kehr'er'a, вызываемых пальцевым давлением средней силы на точки vailleix, т. е. на места наиболее поверхностного расположения и непосредственного прилегания нервных стволов к кости (ветви тройничного нерва, затылочный, локтевой и седалищный resp. большеберцовый нервы) при эклампсии, нефропатии беременных и преэклампсии показало, что в

случаях ясно выраженной эклямпсии наличие указанных рефлексов говорит об остром отеке мозга или повышенном внутримозговом давлении и ухудшает прогноз случая. Наличие рефлекса *Kehrer'a* при нефропатии беременных и преэклампсии дополняет диагноз и является важным прогностическим признаком, дающим возможность судить об увеличении или уменьшении внутричерепного давления *resp.* отека головного мозга. Необходимым условием использования рефлексов для диагностических целей является тщательное и повторное определение их.

Б. Иванов.

Kaufmann C. О лечении pruritus. (Zbl. f. gyn. 1936, 15, 850—854).

А. сообщает об отличных результатах, полученных им от назначения фолликулина при *pruritus vulvae*, вследствие недостаточной или нарушенной функции яичников. Хороший эффект наблюдался независимо от наличия или отсутствия при этом видимых патологических изменений со стороны вульвы. Столь же благоприятный результат наблюдался и в случаях экстрагенитального *pruritus*; причину хорошего действия фолликулина на последний должны выяснить дальнейшие экспериментальные исследования.

Б. Иванов.

г) Иммунология.

Stockhusen, P. Изучение свойств смесей дифтерийного токсина-антитоксина. XVI сообщение. К вопросу о связывании дифтерийного яда клетками органов и растворимости этого яда антитоксином. (Ztschr. f. Immunitätsf., Bd. 88, N. 3/4, 1936).

Автор пытался экспериментально выяснить, какие органы обладают наибольшей avidностью к дифтерийному токсину. В виду сложности взаимоотношений, устанавливающихся в опытах на живом организме, он использовал методику смешивания тканей различных органов с дифтерийным токсином *in vitro* с последующим введением смеси морским свинкам, крысам и лошадям. Изучена была avidность к этому токсину в тканях следующих органов: селезенки, надпочечника, почки, печени, легкого, мозга, мышц тела, мышц сердца, лимфатических желез. Опыты показали, что у животных, чувствительных к дифтерийному токсину, клетки любого органа способны связывать дифтерийный яд. Количественно больше всего токсин связывается мозгом и печенью. Эритроциты сами по себе, т. е. отмытые от белка крови, не связывают дифтерийного токсина. Глобулин крови нормальных животных с содержанием меньше 1/200 А. Е. антитоксина в 1 см³ связывает токсин. Здесь имеет место неспецифическая связь, характер которой от антитоксической не удается отличить примененной автором методикой. Альбумины крови не связывают дифтерийный антитоксин. Кроме того, автор, выключая деятельность ретикуло-эндотелиальной системы при помощи введения электроколлоидальной меди (метод Янчо), показал, что РЭС морских свинок не принадлежит особая роль при связывании дифтерийного токсина. Далее было показано, что антитоксин может освободить токсин, связавшийся *in vitro* с клетками, и затем нейтрализовать его.

П. Р.

Torikata, R. und Shakudo, M. Экспериментальное изучение иммунизации кишечного тракта. (Ztschr. f. Immunitätsf., Bd. 88, N. 3/4, 1936).

В первой части своего исследования автор провел экспериментальное сравнение обычных нативных вакцин и гретых (1/2 часа при 100° С) при иммунизации кишечного тракта *per os*. Опыты показали, что как при парентеральной иммунизации, так и при иммунизации *per os* значительные преиму-