

рулентности кокков. Можно также, взяв несколько куб. сант. свежезвзятой дефибрированной крови в стерильную пробирку, центрифугировать ее и поместить в термостат, а через 10—15—20 ч. взять мазок из пограничного слоя между сывороткой и кровяными тельцами и окрасить его метиленовой синью: при наличии вирулентных кокков препарат будет содержать массу их, тогда как при авирулентности микробов их вовсе не окажется в мазке. В. Г.

*Влияние сыпного и возвратного тифов на женскую половую сферу.* Разобрав этот вопрос на весьма большом материале, Вейсенберг (Zentr. f. Gyn., 1923, № 23) нашел, что обе названных болезни не влияют на эндометрий, почему менструация при них протекает нормально, изредка лишь,—чаще при рекурренте,—наблюдаются маточные кровотечения и приблизительно в  $\frac{1}{3}$  всех случаев—кратковременная аменоррея после выздоровления. У беременных оба тифа, особенно же возвратный, зачастую ведут к преждевременному прерыванию беременности, причем процент такого прерывания особенно высок в первые и последние месяцы беременности, в средние же менее значителен. При этом в первые месяцы беременности причина прерывания ее лежит, повидимому, в смерти плодного яйца на почве отслойки его от матки, в последние же—на почве преждевременного вызывания родовой деятельности матки.

В. Груздев.

*Трихомонады в рукавном секрете.* Как известно, в рукавном секрете у женщин зачастую встречаются трихомонады. По новейшим наблюдениям некоторых немецких авторов это—вовсе не невинные обитатели влагалища: они являются возбудителями гнойного кольпита. Мало того,—весьма возможно, что они играют значительную роль в этиологии пуэрперальных заболеваний. Исследуя в этом направлении 312 роженец, G r a g e r t (докл на XVIII С'езде Герм. Гин. в Гейдельберге, реф. в Zentr. f. Gyn., 1923, № 25) нашел у 63 из них трихомонадный гнойный кольпит, причем после родов в этих случаях имел место гораздо больший процент пуэрперальных заболеваний, чем в случаях с отсутствием трихомонад. В виду этого G. рекомендует заблаговременно исследовать всех беременных на содержание у них в рукаве трихомонад и, в случае наличия последних, проводить предложенное Н о e h n e лечение (3—4 дня спринцевать рукав раствором сулемы 1:1000 и смазывать 10% бороглицерином).

*К этиологии проляпса.* Этиология проляпса,—так же, как и терапия его,—была предметом целого ряда докладов и оживленных прений на XVIII С'езде Немецких Гинекологов в Гейдельберге (отч. в Zentr. f. Gyn., 1923, № 25). Из числа докладчиков F l a t a u отметил важную роль в этиологии проляпса аномально-незначительного наклона таза. J a s c h k e провел в своем докладе мысль, что главное значение в происхождении проляпса имеют конституциональные аномалии, а именно, с одной стороны общая врожденная астения, анатомически характеризующаяся недостаточностью соединительной и поддерживающей ткани, с другой—инфантилизм; благодаря первой, женщины получают проляпс даже и без всяких разрывов маточного дна,—просто, как результат физиологической