

рулентности кокков. Можно также, взяв несколько куб. сант. свежеснятой 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. Исследовав 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

травмы, присущей беременности и родам; благодаря второму, узкий половой канал не выдерживает растяжения во время родов, рвется, и на этой почве развивается проляпс. Graff, стоя также за преимущественное значение в этиологии проляпса прирожденных факторов, видное место отводит среди них как явной, так и скрытой spina bifida. В прениях Sellheim отметил большую роль в этиологии проляпса позднего наступления первого материнства у женщины: по данным Fetzera процент проляпсов тем выше, чем позже были у женщины первые роды. По Zangemeister'у же в этиологии данной аномалии видную роль играет разрыхление соединительной ткани, которое ведет сначала к чрезмерной подвижности, потом к опущению рукава и матки.

В. Груздев.

Ауто трансплантация яичника. Случай такой пересадки недавно описан Фридман (Вр. Дело, 1923, № 6—8). Больная, 26 лет, страдала распространенным гонорройным воспалением половой сферы, захватившим придатки с обеих сторон. Автор удалил у ней, путем брюшностеночного чревосечения, оба яичника и обе трубы, причем здоровый участок одного из яичников трансплантировал на прямую мышцу живота. Через 5 месяцев после того у оперированной появились правильные менструации и libido.

И. Цимхес.

Продувание Fallopieвых труб. Непроходимость F. труб является одною из самых частых, но далеко не единственною, причиною бесплодия у женщин. Естественно, поэтому, что прежде, чем лечить бесплодие, желательно выяснить, проходимы ли трубы. Rubin предложил для этого пропускать через трубы, из матки в полость брюшины, кислород под давлением, определяя затем наличие или отсутствие газа в брюшине флуороскопически или рентгенографически. Guthman заменил O углекислотой, а для определения наличия газа в брюшине воспользовался перкуссией, именно, исчезновением печеночной тупости. Мандельштам (Вр. Газ., 1923, №№ 19—20) применил для продувания труб комнатный воздух, пропущенный через раствор перекиси водорода. Прибор его состоит из обыкновенного металлического женского катетера, соединенного посредством резиновой трубки с отводящим коленом двугорлой склянки (емкостью около 200 к. с.), на $\frac{1}{3}$ наполненной 5% раствором перекиси водорода; приводящее колено склянки соединено с ртутным манометром; нагнетание воздуха производится обыкновенным двойным резиновым баллоном. После обычной дезинфекции влагалитная часть матки, обнаженная зеркалами, захватывается пулевыми щипцами, катетер вводится в матку,—буде надо, после предварительного расширения,—и производится медленное нагнетание воздуха, давление которого отмечается манометром. О том, проходит ли воздух в брюшину, можно судить по состоянию давления. Описанным способом автор произвел продувание труб в 22 случаях, причем нашел его вполне практичным. Введение в брюшную полость небольших количеств (около 100 куб. сант.) воздуха не вызывает, оказывается, сколько-нибудь длительных неприятных ощущений. Автор советует, однако, не доводить при этом давление выше 150—160 мм., а также рекомендует перед каждым вдуванием произво-