

как для диагностики беременности, так и для определения пола утробного плода. Проверив А. Е. Р. на сотне случаев беременности VIII и IX месяцев, Joseph и Rabaи (Deut. med. Woch., 1926, № 52) получили правильные заключения относительно пола плода лишь в 61%, да и относительно диагноза беременности А. Е. Р. оказалась значительно уступающей другим реакциям. Р.

188. *Растройства частоты сердечных тонов плода в течении периода раскрытия.* На основании большого статистического материала Zangemeister (Zentr. f. G., 1926, № 14) указывает на ошибочность довольно распространенного взгляда, что растройства частоты сердечной деятельности плода в первом периоде родов являются сравнительно невинными. На 6035 родов автор в 2% наблюдал растройства сердечной деятельности плода в виде замедления ниже 100 ударов в минуту, ускорения выше 160 ударов и выраженной аритмии; из этих детей 23% умерли, 30%—родились в асфиксии. Растройства деятельности сердца наступали во второй половине периода раскрытия, причем даже кратковременное растройство имеет, по автору, плохое прогностическое значение. Наиболее частой причиной подобного рода растройств является преждевременный разрыв плодного пузыря, в особенности при плоском тазе, и нарушение плацентарного кровообращения. А. Тимофеев.

189. *Роды в тазовом предлежании плода.* Friis Basmussen (Acta obs. et gyn. scan., 1926, N. 1; по Ber. ü. die ges. Gyn., Bd. XI) сообщает о результатах, полученных в Копенгагене с 1910 по 1921 годы на материале в 465 случаев. Для прогноза важную роль играют длительность родов и преждевременный разрыв пузыря, встречающийся часто. Смертность в послеродовом периоде выше средней смертности для остальных родов. Менее благоприятен прогноз для первородящих, в особенности более пожилого возраста. Разрывы промежности отмечены во общем в 55,2%, а у первородящих—в 73%, причем 1,4% их падают на разрывы третьей степени. Общая смертность детей равна 14,2%, причем и здесь первородящие дали худшие результаты. Чтобы улучшить результаты, в особенности в периоде изгнания, автор советует прибегать к искусственному извлечению плода, причем у первородящих необходимо сделать эпизиотомию. В половине случаев автора была применена экстракция за тазовый конец, и там, где она была применена профилактически, смертность детей равна 0; наоборот, если к ней приступали при начавшейся уже асфиксии плода, смертность была 18,4%. Ridler (Med. Journ. of Australia, 1926, № 26), наоборот, утверждает, что нормальное тазовое предлежание дает лучшие результаты для детей, если роды проводятся без искусственного вмешательства. Этот автор в поликлинической практике получил смертность доношенных детей при тазовых предлежаниях равной лишь 1,13%, а для клиннки 3,44%; такую разницу он объясняет тем обстоятельством, что в клинику поступают наиболее трудные случаи. Всякое вмешательство во время родов, по Р., ухудшает прогноз для детей. Поворот на ножку и экстракция при выпадениях пуповины не дают хороших результатов. А. Т.

190. *Признаки внутриутробной смерти плода.* Merletti и Vignadi (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XI), исследуя состояние крови матери в случаях внутриутробной смерти плода, установили известное постоянство наблюдаемых при этом изменений. При наступлении потрясающих ознобов и повышении температуры, которые нередко наблюдаются после внутриутробной смерти плода, отмечается падение числа лейкоцитов и вновь увеличение их обратно пропорционально падению температуры, причем вначале апирексии наблюдается относительный гиперлейкоцитоз и только через 24 часа—возвращение числа лейкоцитов к норме. Наблюдается также понижение максимального и минимального кровяного давления обратно пропорционально повышению температуры. Описанные явления авторы считают результатом общей реакции организма с растройством в системе кровообращения,—реакции, аналогичной шоку, вызываемому протеиновыми телами и коллоидальными металлами. Развитие шока авторы объясняют тем обстоятельством, что вследствие смерти плода перегорodka, разделяющая кровь плода и матери, начинает пропускать продукты распада белка, которые и вызывают шок. А. Т.

191. *К учению об инфекционных воспалительных заболеваниях женских половых частей.* Разбирая этот вопрос, известный американский гинеколог А. Curtis (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 1) приходит к некоторым заключениям, резко различающимся от того, что принято в современной гинекологии.

Так, напр., он утверждает, что при стрептококковых заболеваниях тазовых органов ткани удерживают микробов от 6 мес. до 18 лет, почему операции при этих заболеваниях должны быть откладываемы, в среднем, на 2 года. Напротив, гоноррею труб автор считает местным заболеванием, склонным к излечению.—исследовав около 200 труб, он уже через 2 недели после последнего лихорадочного движения не мог найти гонококков ни в канале труб, ни в стенках последних. Обострения гонорреи, по автору, являются результатом новой инфекции при coitus'e или перенесения заразного начала из рукава путем спринцеваний; вследствие этого запрещение на время половых сношений и применения влагалищных душей ведет к прекращению процесса.

М. Ч.

192. К *terapia metropathiae haemorrhagicae*. Bakscht (Zentr. f. G., 1926, № 21) применяет такое лечение: из локтевой вены берется 14 куб. с. крови и смешивается с 6 куб. с. стерильной дистиллированной воды. После быстрого встряхивания наступает гемолиз, после чего кровь вспрыскивается интрамускулярно. Автор горячо рекомендует такой метод лечения, т. к. для полного излечения требуется от 2 до 4 инъекций. Особенно пригодны для подобной терапии случаи, дающие положительную реакцию по Davis'y. Реакция D. производится так: к 100 куб. с. взболтанной мочи прибавляют 10 куб. с. acid'i muriatici puri (у. в. 1.19) и нагревают смесь до точки кипения; после охлаждения прибавляют 25—30 куб. с. эфира и в течение 5—6 час. несколько раз подвергают колбу осторожным вращательным движениям. Реакция считается положительной при красном или красно-фиолетовом окрашивании эфирного слоя.

А. Тимофеев.

и) Гоноррея.

193. Реакция связывания комплемента при гоноррее и ее осложнениях была проверена на 380 больных Heineгоm (Derm. W., 1926, № 52a). Автор применял оригинальный метод Wasserman'овской реакции, употребляя в качестве антигена «Gonargin extrastark» и гонококковую вакцину, содержащую в 1 куб. сант. 12 миллиардов гонококков. Из 112 лиц, не болевших гонорреей, 93% дали отрицательную реакцию; отрицательной была реакция и у 14 больных экзематиков. При исследовании 256 случаев с различными клиническими формами мужской и женской гонорреи автор получил положительную реакцию в 81%. В частности, при передней острой гоноррее положительная реакция наблюдается в 63% (реакция эта, по мнению автора, есть неблагоприятный в прогностическом отношении признак), при осложненной передней гоноррее (куперит, перитрит, уретральная инфильтрация) она всегда положительна. При неосложненной тотальной гоноррее положительная реакция имеет место в 90%, при осложненной тотальной гоноррее % ее еще более высок: при простатитах—96%, эпидидимитах—90%, сперматоциститах—100%. Уретральная женская гоноррея дает ее в 52%, гонорройный эндометрит—в 78%, воспаление придатков—в 94%, вульвовагиниты девочек—в 83%. При метастатических гонорройных заболеваниях (артритах) положительная реакция получается в 100%. Полученные результаты приводит автор к выводу, что реакция связывания комплемента является специфичной для гонорреи. Повторные исследования больных, а также повторные исследования лиц, не болевших гонорреей, которым вводилась внутривенно и внутримышечно гонококковая вакцина, определяют продолжительность положительной реакции в 4—6 недель, причем переход ее в отрицательную не всегда совпадает с клинически определяемым выздоровлением. У большинства больных положительная реакция появляется на 6—8-й день после инфекции.

Н. Ясницкий.

194. Общий гонорройный сепсис. Haas (Znbl. f. H. u. G., 1926, Bd. XXI, H. 7/8, реф.) описывает следующие 2 случая: 1) Девочка 14 лет с клиническим диагнозом „миллярный тбс и амилоид“, умершая после 9-месячного содержания в одной из Гамбургских больниц. В 6-летнем возрасте—гонорройный вульвовагинит, при приеме в больницу в уретре найдены гонококки; однако гонорройная инфекция в больнице не была поставлена в связь с развившимся общим заболеванием. При аутопсии—никаких данных для тбс. Найдены гонококки: в серозном содержимом коленного сустава, в изъязвлениях v. tricuspid. и эндокарда, в срезах из матки и фаллопиевых труб, в тромбах plexus uterini, в прилежащих увеличенных лимфатических железах, в кровяных экстравазатах мягкой мозговой оболочки, в селезенке, легких и особенно много в абсцессах печени. Таким образом здесь очевидна картина хронического гонококкового сепсиса. 2) Образование абсцессов в печени