

кальцием играет, весьма вероятно, значительную роль в происхождении некоторых заболеваний беременных, напр., эклампсии. *В. Г.*

Свертываемость крови во время беременности. Изучив ее в 130 случаях беременности, Преговску (Bratislavské Lekárske Listy, 1923, okt.) нашел, что у большинства беременных быстрота этой свертываемости понижена, причем разница в скорости свертывания между венозной кровью и кровью капилляров бывает выражена более резко, чем вне беременности. *В. Г.*

Сравнительную оценку реакций Wassermann'a и Sachs-Georgi в акушерстве проводят Burger и Heiner (Zentr. f. Gyn., 1924, № 12) на основании исследования 107 случаев, приходя к выводам, что 1) для серодиагностики сифилиса во время беременности и в послеродовом периоде (в особенности в первые 8 дней после родов) реакция Wassermann'a является более надежной, чем реак. Sachs-Georgi; 2) что кровь из пупочной вены и ретроплацентарная не дают надежных результатов; 3) что продолжительность родов и альбуминурия у беременных не оказывают влияния на серологические реакции. *Б. Тарло.*

Микрометод для изучения оседания эритроцитов предлагают Linzenmeier и Raunert (Zentr. f. G., 1924, № 15). Аппарат—микроседиметр—состоит из капиллярной трубки с расширением наподобие смесителя для лейкоцитов. Отсчитывать можно или время, в которое оседает кровь на определенную высоту, или столб плазмы, оседающий в определенное время. При резко ускоренной реакции цифры получаются одинаковые со старым методом Linzenmeier'a. Для сравнения отдельных проб при быстро оседающей крови авторы прибегают к редуцированию формулы с приведением ее к определенному столбу крови в 100 мм. Одним из преимуществ нового метода является возможность многократного применения реакции у одного и того же больного. *Ф. Ханина.*

Важность раннего распознавания т. н. шейчной беременности подчеркивает Wolters (Zentr. f. G., 1924, № 12). Дифференциальный диагноз между маточным абортom и шейчной беременностью ставится легко на основании внутреннего исследования,—в первом случае исследующий палец легко проникает между стенкой шейки и находящимся в ней яйцом, тогда как во втором случае палец находит интимное соединение плаценты со стенкой шейки. Единственно-правильной терапией этого осложнения беременности автор считает полную экстирпацию матки. *Б. Тарло.*

Спирохеты в кондиломах вульвы. Изучив микроскопически (Dunkelfeld, окраска по Fontana-Tribondeau) 10 случаев об'емистых кондилом вульвы, Scaglione (по реф. Zentr. f. Gyn., 1924, № 8) почти во всех их мог обнаружить спирохэт. Большинство авторов, ранее находивших спирохэт в острых кондиломах, относили их к типу *Sp. refringens*. S. обнаружил в своих случаях, кроме спирохэта типа *refringens*, еще 2 типа их. *В. Груздев.*

Лечение зуда вульвы. Wiener. (по реф. Врач. Газ., 1924, № 10) рекомендует для лечения идиопатического зуда вульвы впрыскивать в наружные края больших половых губ. 1% раствор ново-

каина в количестве 4 к. с. с каждой стороны. Выпрыскивания повторяются с промежутками в 7 дней. Обычно после первого же выпрыскивания наблюдается улучшение, сменяющееся потом возобновлением зуда, который окончательно проходит после 4—5 выпрыскиваний.

В. Г.

Образование искусственного влагалища из кожи предлагает Fraenkel (Zntrl. f. G., 1924, № 6). 1-ый акт операции — вырезывание пластинки гимена и отсепаровка пузыря от прямой кишки на глубину одного пальца с последующей тампонадой образованной полости. 2-ой акт — лапаротомия с разрезом Pfannenstiela, ориентировка в существующих в брюшной полости анатомических отношениях и вскрытие брюшины в образованный канал особым корнцангом под контролем пальца левой руки, введенного через канал. 3-ий акт — вырезывание кожных лоскутов в 17 сант. длиной и 5 сант. шириной из нижней части больших губ и внутренней поверхности бедер с основанием в introitus vaginae, сшивание лоскутов в виде трубки эпителием внутрь, закрытие просвета этой трубки, выворачивание и проталкивание ее в новообразованный канал до брюшной полости. 4-ый акт — вентрофиксация верхнего конца трубки, тщательная его перитонизация и закрытие брюшной полости. 5-ый акт — зашивание раневых поверхностей на вульве и бедрах. В другой модификации автор советует лоскуты вырезать короче и верхний конец трубки фиксировать в полости малого таза. Лоскуты можно взять и из передней брюшной стенки.

А. Тимофеев.

Родовая деятельность женщины и миомы матки. Как известно, вопрос об этиологической связи между родовой деятельностью женщины и заболеванием миомами давно уже служил предметом споров среди гинекологов. Разработав его на обширном статистическом материале, Hindermann (Zeit. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXXII, Н. 2) пришел к решительному заключению, что вопрос этот должен быть решен в отрицательном смысле, т. е., что в этиологии миом матки количество родов у женщин не играет никакой роли.

В. Груздев.

К оперативному лечению рака матки. Как известно, наибольший % женщин, погибающих после оперативного вмешательства по поводу рака матки, гибнет от сепсиса, причем возбудителями последнего являются микробы, еще до операции попавшие в тазовую клетчатку и лимфатические железы. Имея это в виду, Витт (Zeit. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXXV, Н. 1, S. 204) за последнее время принял за правило, — прежде, чем предпринимать операцию, выдерживать каждую больную с раком матки в клинике в течение 8 дней, тщательно следя у ней за t^0 . Если кривая последней окажется неправильной, с лихорадочными повышениями, то такой случай признается не подходящим для операции и лечится радием или Röntgen'овскими лучами, оперативному же лечению подвергаются только вполне безлихорадочные случаи.

В. Г.

Гомопластическую трансплантацию яичника рекомендует Sippel (Zntrlb. f. Gyn., 1924, № 1—2) при лечении бесплодия, в основе которого лежат растройства и неправильности процессов