

235. *Лечение пурпурального сепсиса.* Mornard и Viala (Clinique. 1926, № 73) при застое лохий рекомендуют спринцевание, а если оно не дает результата через сутки,—дренаж матки. При задержке в матке оболочек следует войти в матку коринчангом, извлечь их, а затем матку промыть t-ra jodi. При задержке частей плаценты—пальцевое обследование матки, выскабливание ее и промывание с t-ra jodi. При маточной и околоматочной инфекции лучше всего влагалищная экстирпация. Необходимо всегда поддерживать деятельность сердца. От химических и антибактериальных средств авторы видели мало пользы. Лучше всего действует sulfarsenobenzol д-ра Rivière'a, а также повторные вливания крови по 200 куб. с. Descaupentries (по Ver. ii. d. g. Gyn., Bd. XI) сообщает о результатах лечения сепсиса гемолизированной собственной кровью больной. Важно, чтобы кровь немедленно по взятии была гемолизирована, дабы эритроциты не успели подвергнуться изменениям. Прибавление Na citrici ослабляет действие крови. Результаты лечения существенно зависят от рода микроба, вызвавшего инфекцию: лучшие результаты получаются при стрептококковой инфекции, несколько худшие при стафилококках, для которых автор особенно характерным считает развитие абсцессов. Гонококковая инфекция поддается лечению хуже стрептококковой. Самой тяжелой формой является заражение кишечной палочкой. При лечении напоминающих картину Plaut-Vincent'овской ангины, автор советует лечение кровью комбинировать с лечением йодистой ртутью и железом. Paucot в преиях по докладу автора оспаривал особенную опасность coli-инфекции и указывал, что определять природу возбудителя инфекции на основании только клинических признаков, как это делает D., нельзя. А. Т.

236. *Местная анестезия маточной шейки.* Mikulicz-Radecki (Deut. med. Woch., 1926, № 49), чтобы сделать расширение канала шейки безболезненным, рекомендует делать 4—6 уколов в самый наружный слой цервикального миометрия, вокруг канала; игла должна при этом проникать вглубь на 3—4 сант., и таким путем впрыскивается 40—50 куб. сант. $\frac{1}{2}\%$ раствора новокаина с супраренином; обезболивание наступает через 5 минут. Р.

237. *Дисменоррея и ее лечение.* Причина дисменорреи в тех случаях, где нет грубо-механических препятствий для оттока менструальной крови, кроется, по Sahler'y (Wiener klin. Woch., 1926, № 48), в судорожных сокращениях маточной мускулатуры под влиянием различных моментов—как конституционально-эндокринной натуры, так и нервно-психической, действующих чрез посредство вегетативной нервной системы. Вполне надежного способа лечения дисменоррейных расстройств до сих пор не существует. Менге наилучшие результаты получил от тампонации цервикального канала и полости тела матки. Автор наблюдал нестойко хороший, но все же значительный эффект от освещения гипофиза рентгеновскими лучами. В. Сергеев.

238. *Стерилизация женщин спермовакциной.* Опираясь на экспериментальные работы Тушинова, Dittler'a, Mc Cartney'a и др., Н. В. Колпиков (Гр. Гос. Полярн. Хим.-Бакт. У-та 1924—1927) применил для борьбы с нежелательной беременностью баранью спермовакцину. Всего им было привито 270 женщин, разбитых на несколько групп, в зависимости от крепости применявшейся вакцины. Титр вакцины колебался от 25 тыс. в 1 куб. сант. раствора NaCl до 300 тыс. 77% привитых женщин остались стерильными, причем иммунитет первых групп продолжался от 8 до 10 месяцев. 23% неудач автор объясняет слабым титром вакцины: 13% относятся к группе, получившей вакцину с титром 25 тыс. в 1 куб. с., 8%—к группе, получавшей 50 тыс. в 1 куб. с., и лишь 2%—к группе, получавшей 150 тыс. в 1 куб. см. Никаких вредных последствий от применения вакцины не было обнаружено; наоборот, в подавляющем большинстве случаев было констатировано чрезвычайно благоприятное действие ее на общее состояние организма. Приведенные данные д-ра К. вполне подтверждают мои личные исследования по поводу применения изготвленной мною гетеровакцины из сперматозоидов, убитых уксусом (см. Юбилейный Сборник Госуд. Ин-та для усов. врачей в Казани 1920—1925, стр. 269). Проф. М. Тушинов.

239. *Результаты лечения раков матки и влагалища в клинике проф. Витт'a* опубликовал Philipp (Mün. m. Woch., 1926, № 7) за время с 1913 по 1919 г. Всего было лечено 1104 больных. Свободно от рецидива в течение 5 лет 23,5 т. е. 21,3%. Оперировано 206, остальные лечены рентгеном и радием. Из оперированных в течение 5-ти лет свободны от рецидива 40,79%, причем

большая часть из них была подвергнута профилактической рентгенизации. Первичная смертность после радикальной операции по Wertheim'y равнялась 14,92%. Из 805 леченных лучистой энергией случаев 180 были операбельными, 399—неоперабельными и 226—пограничными. Операбельные дали 28,33% излечений, а неоперабельные—5,76%. Раки тела матки лечились только освещением и на 40 случаев, леченных радием, дали 45% излечения. Плохой прогноз дают раки влагалища: из 53 больных, леченных радием, после 5-ти лет остались живы только 7 (13,2%); среди этих 53 больных 10 были в операбельной стадии. Статистика автора говорит в пользу оперативного лечения, в особенности при карциномах тела матки. В другой работе (Zeit. f. G. u. G., 1925, Bd. 89, H. 2) автор выясняет вопрос, оказывают ли малые дозы лучей радия раздражающее действие на раковые клетки, и приходит к заключению, что принципиальной разницы в действии больших и малых доз не наблюдается. Изменения раковых клеток под влиянием малых доз лучистой энергии аналогичны известным изменениям, вызываемым большими дозами лучей: сначала исчезают митозы, затем наступает гибель эпителиальных клеток, и, наконец, начинается новообразование соединительной ткани.

А. Тимофеев.

240. „Химическую“ экстирпацию матки предлагает Driessen (по Ber. d. g. Gyn., Bd. XI, S. 661) для неоперабельных случаев рака тела матки. В матку вводится палочка из хлористого цинка (zinci chlorati 40, oxydi zinci 10, farinae tritici 30), и влагалище тампонируется виоформным газом. Через 10—13 дней тело матки секвестрируется и может быть вынуто. Из пяти леченных таким образом случаев в одном наступил рецидив через 1½ года, в 4 же пациентки живы и здоровы. Образования фистул автор не боится.

А. Т.

е) Гоноррея.

241. Диплококк *Asch'a*. На основании как собственных исследований и данных ряда московских исследователей, так и литературного материала, проф. Ю. А. Финкельштейн (Урология, т. III, вып. 3) пришел к целому ряду заключений относительно этого микроба. Приводим некоторые из этих заключений, имеющие наибольшее практическое значение: 1) в 95% диплококк *Asch'a* есть атипический гонококк и в 5%—гонококкоподобный микроб; 2) атипические гонококки встречаются при хронической гоноррее, главным образом при однообразной терапии, но иногда их можно бывает обнаружить и при острой гоноррее; 3) они могут встречаться, вместе с типичными гонококками, а иногда без них,—и у здоровых людей, преимущественно женщин; 4) диплококки *Asch'a* могут встречаться в макроформе и микроформе, причем тогда как микрогонококки суть дегенеративные формы, макродиплококки, величина которых зависит от утолщенной оболочки, суть „формы устойчивости“,—это наиболее стойкие особи, выживающие при однообразной медикаментозной терапии; поэтому клинически они дают упорные, не поддающиеся терапии формы; 6) атипические гонококки плохо культивируются на искусственных средах и слабо размножаются в организме; при интеркуррентных заболеваниях (корь, скарлатина, инфлюэнца и пр.) они превращаются в типичных гонококков.

Р.

242. Экспериментальная бленоррея у кроликов. По опытам А. М. Калинина и О. Ф. Фальберг (Журн. для усов. вр., 1926, № 7—8), после предварительной сенсibilизации конъюнктивы желчью удается получить бленоррею приблизительно у трети кроликов. Специфичность заболевания, кроме клинической картины, подтверждается получением чистых культур гонококка. Общего иммунитета полученная т. о. бленоррея не дает, и потому как здоровый глаз—при поражении другого, так и зараженный—после выздоровления могут быть заражены гонококками. Наконец, ни агглютининов, ни веществ, связывающих комплемент, при экспериментальной бленоррее у кроликов как во время болезни, так и после выздоровления авторам обнаружить не удалось.

В. С.

243. Гонорройная кератодермия. Garcia Faure (Zentr. f. H. u. G., 1926, Bd. XXI, H. 7/8, реф.) описывает кератодермию у больного с гонорройным заболеванием коленного и голеностопного суставов. Ладони и подошвы больного были заняты резко ограниченным гиперкератозом, напоминавшим по рельефу географическую карту; ногтевые пластинки были помутневшие, с трещинами. После применения вакцино- и протениотерапии наступило полное излечение в течение 30 дней. Причину заболевания автор видит в усиленном образовании токсинов