

76. *Местное применение гоноккокковой сыворотки при гонобленноррее новорожденных.* Offret (Clin. Ophth., 1925, № 11) применял сыворотку в виде глазных капель, без всякой другой сопутствующей терапии. Правда, наблюдения его немногочисленны—всего 5 случаев, но зато результаты были блестящи: при этой форме лечения наступало быстрое исцеление в 3—10 дней. Среди 5 случаев автора 3 были с осложнениями со стороны роговицы; язвы последней заживали быстро и бесследно. Сильнейшие явления воспаления ослабевали уже через 24 часа. Сыворотка получалась автором от быков, которым ежедневно вводилось до триллиона кокков зараз; добытая сыворотка титрировалась по методу отклонения комплемента и разливалась в ампулы по 10 к. сант. При введении ее в конъюнктиву последняя принимала преходящую желтую окраску. По мнению автора, при гонобленноррее новорожденных пассивная иммунизация сывороткой предпочтительнее, чем применение вакцины (активная иммунизация).

В. Адамюк.

77. *Протеиновая терция гонобленнорреей.* Вместо употребляемых обычно для этой цели молока и аолана Heim (Klin. Mon. f. Aug., 1926, Bd. LXXVI) предлагает применять флогетан—вещество, состоящее из белковых тел, обрабатываемых до наступления буйрегановой реакции. Вещество это, будучи введено в количестве от 1 до 10 куб. сант., не вызывает каких-либо неприятных побочных явлений, хотя и вызывает как местную, так и общую реакцию. Перед другими средствами флогетан имеет еще то преимущество, что имеет всегда постоянный состав и не изменяется при хранении. В 2 случаях гонобленнорреей глаз из практики автора применение его оказалось гораздо более действительным, чем применение молока.

Е. Волженский.

ж) *Акушерство и гинекология.*

78. *Тромбоциты и менструация.* Hirsch и Hartmann (Zentr. f. Gyn., 1926, № 45) нашли, что число тромбоцитов во время менструации значительно повышается, иногда почти удваивается. Наибольшее увеличение бывает в конце менструального периода; в другие фазы менструального цикла колебание числа тромбоцитов незначительно. Подобное же увеличение числа тромбоцитов авторы находили и при всякого рода патологических кровотечениях, в первые дни послеродового периода и после операций,—словом, после всякой кровопотери. На основании этого они полагают, что главной причиной повышения числа тромбоцитов во время менструации является именно потеря крови, и что это повышение есть защитительная мера организма. Но так как нарастание числа тромбоцитов наблюдается с первого дня менструации, когда еще потеря крови весьма незначительна, то авторы допускают существование еще другого фактора, способствующего этому нарастанию, а именно, раздражение от всасывания выделяемых в несвертывающейся менструальной крови таких веществ, как гликоген, липиды, трипсин и пр.

Е. Заболотская.

79. *Зависимость роста влагалищных микробов от степени кислотности среды* изучал Demme (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X) и пришел к заключению, что, в зависимости от свойств питательной среды и в частности ее Ph, можно от одного и того же штамма стрептококка получить ряд переходных форм, различных по форме роста, по их гемолитической способности, патогенности для животных и человека, а равно и по их отношению к условиям аэро—и анаэробноза. Наибольшую концентрацию кислоты, оказалось, переносит bacillus acidophilus из группы b. vaginalis (Ph—около 4,0). Опыты с симбиозом b. vaginalis и других микробов на бульоне с 1—2% виноградного сахара и 1—2% белка при Ph=7,0 показали, что b. vaginalis перерастает все остальные виды и через несколько дней оказывается в чистой культуре.

А. Тимофеев.

80. *Биологические исследования вирулентности влагалищных микробов* производил Louros (Arch. f. Gyn., Bd. 128, H. 1—2). При помощи реакции Ruge-Philipp'a можно определять лишь микробов высокой вирулентности в то время, как зародыши низкой вирулентности, но могущие тем не менее вызывать тканевую инфекцию, при этой реакции относятся в группу авирулентных. Автор изучал биологические особенности этих авирулентных по Ruge-Philipp'у микробов, определяя их резистентность по отношению к растворам метиленовой синьки. Оказалось, что клинически совершенно безвредные микробы обладают меньшей стойкостью к синьке. Резистентные микробы способны превращаться в вирулентные

(по R.-Ph.). Далее, резистентные и вирулентные зародыши по сравнению с нерезистентными и авирулентными обладают следующими особенностями: будучи перенесены на ткань плаценты или матки, резистентные зародыши врастают вглубь, а нерезистентные растут по поверхности; резистентные и вирулентные микробы значительно слабее расщепляют виноградный сахар, почему кислотность влагалищного секрета зависит от вирулентности микробов и количества и вида сахара. Кислота парализует гемолитическую способность микробов. Если резистентных и вирулентных гемолитических зародышей поместить в среду с виноградным сахаром, они не потеряют способности гемолиза, так как образуют очень мало кислоты. Наоборот, нерезистентные авирулентные гемолитические микроорганизмы эту способность потеряют, ибо, расщепляя сильно сахар, образуют много кислоты. Вирулентные и резистентные микроорганизмы гораздо слабее агглютинируются нормальной сывороткой, они более устойчивы к высокой температуре и в живом состоянии много меньше воспринимают в себя красящего вещества по сравнению с авирулентными нерезистентными зародышами. Эти наблюдения показывают, что микробы в вирулентном и резистентном состоянии отличаются особенной функцией. Однако, рассматривать эти микробы, как различные виды, нельзя, ибо вирулентность не является величиной безусловно постоянной.

А. Тимофеев.

81. *Отношения веса плода и плаценты* при различных условиях изучал Westermarck (по Berich. ü. d. ges. Gyn., Bd. XI) на материале в 20,000 случаев с применением математических формул и пришел к следующим выводам: вес плода при первых родах меньше, чем при последующих, и не зависит от возраста матери; плацента доношенных плодов весит в среднем 644,0 у мальчиков и 657,0 у девочек; отношение веса плаценты к весу плода у мальчиков равняется 1:5,47, у девочек — 1:5,17; вес плода прибывает быстрее, чем вес плаценты; число, определяющее пропорцию между весом плода и весом плаценты, увеличивается с возрастом матери, но не зависит от количества бывших беременностей; оно бывает больше при двойнях.

А. Т.

82. *Влагалищный стетоскоп для раннего диагноза беременности* предлагает Falls (Amer. Journ. of obst., v. 11, по Berich., Bd. X). Инструмент представляет комбинацию длинного деревянного стетоскопа со специальными трубками для выслушивания через влагалище. Стетоскоп приставляют к portio vaginalis и выжидают, когда плод в своих движениях обратится спинкой в сторону цервикального канала, т. е. тогда яснее всего слышны сердечные тоны. Таким путем удастся поставить точный диагноз беременности уже на 14—20-й неделе ее развития. Особенное значение метод автора имеет при дифференциальном диагнозе в случаях миом, осложненных беременностью.

А. Т.

83. *Диагноз ранней беременности*. Toucey (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XI) среди различных признаков ранней беременности придает особое значение признаку Ladin'a, который позволяет диагностировать уже 5-недельную беременность. Описанный Ladin'ом феномен, как постоянное явление, наблюдается в ранних стадиях беременности и состоит в образовании круглой формы эластической зоны в середине передней поверхности матки, непосредственно над местом перехода маточного тела в шейку. Этот эластический участок с ростом беременности увеличивается, давая при исследовании ощущение флюктуации. В частности до 3-го месяца зона эта увеличивается эксцентрически в сторону дна матки и к этому времени охватывает почти всю переднюю поверхность последней. Если матка ретрофлексирована, указанное явление наблюдается на ее задней стенке. Признак Ladin'a характерен только для маточной беременности и отсутствует при эктопической.

А. Т.

84. *Специальные приемы при выслушивании живота беременной* предлагает Drosin (по Berich. ü. d. ges. G., Bd XI). Маточные шумы зависят от давления околоплодной жидкости, тонуса сосудов, матки и брюшной мускулатуры. Если положить женщину на несколько минут на бок, то на противоположной стороне маточный шум усиливается, или впервые появляется, если его не было слышно. Если аортальные тоны матери или маточные шумы заглушают сордечные тоны плода, полезно произвести аускультацию в Walcher'овском положении беременной. Другой метод усиления слышимости сердечных тонов плода состоит в том, что женщина после полного выдоха возможно долее задерживает дыхание, затем делает глубокий вдох и вновь выдох. Такой маневр повторяется 10—15 раз, причем получается обеднение плода кислородом, и сердечные тоны его становятся яснее.

А. Тимофеев.