

вмешательства подходящих случаев; операция особенно показана у более молодых лиц, где результат ее выражен более ясно и держится дольше, чем у пожилых людей, где эффект вмешательства очень незначителен, а иногда даже совершенно отсутствует. Наиболее благоприятные результаты получены при болезни Рено, причем в большинстве случаев они держатся относительно долго. То же относится и к склеродермии; однако в тех случаях, где уже наступила резкая атрофия кожи, трудно ждать от симпатектомии обратного развития заболевания. При поражениях суставов, частично еще невыясненной этиологии, напр., при arthritis deformans у женщин, находящихся в климактерическом периоде, операции лучше не делать. При гипергидрозе результат операции в первое время обычно бывает очень хорошим, но и здесь трудно с уверенностью предотвратить развитие рецидива. При thrombngitis obliterans в начальной стадии можно рассчитывать на более или менее длительное улучшение, однако в более застарелых случаях приходится рано или поздно производить ампутацию. Операции на n. sympathicus при эссенциальной гипертонии также дают лишь временный и относительный результат; именно в этих случаях следует быть особенно осторожным в выборе больных. Заболевания colon типа болезни Гиршпрунга очень хорошо реагируют на вмешательство на симпатической нервной системе; то же относится и к некоторым случаям дисменореи и расширения мочеточников. Симпатектомия при angina pectoris дает лишь относительный эффект; в некоторых случаях наблюдается улучшение, в других—операция не оказывает никакого влияния.

Б. Иванов.

Steiner P. *Лечение вывихов полулунной кости.* (Schweiz. med. Wschr. 21, 504—507, 1936). На основании пяти случаев вывиха полулунной кости и одного случая luxatio intercarpea а. считает, что половина случаев, особенно вывихов полулунной кости, диагностируется только спустя 3 недели и больше после травмы. При подозрении на повреждение запястья безусловно необходимо рентгеновское исследование. В течение первых трех недель хороший результат дает бескровное вправление по Белеру. Вывихи полулунной кости давностью больше трех недель могут еще быть вправлены кровавым путем. Исправление положения кости может быть произведено продольной тягой за приклеенные мастизолом к 2 и 3 пальцам полосы марли. Продолжительность и результаты лечения при бескровном и кровавом вправлении одинаковы. Результаты вправления лучше результатов консервативного лечения или удаления кости. Если кровавое вправление не удается, обычно прибегают к удалению кости. А. считает, что в застарелых случаях, где кровавое вправление не дает надежды на благоприятный результат, удалению кости следует предпочесть консервативное лечение.

Б. Иванов.

Oberholzer J. *К лечению чистых частичных повреждений боковых связок коленного сустава.* (Schweiz. med. Wschr. 12, 281, 1936). Дифференциальный диагноз между чистыми частичными повреждениями боковых связок коленного сустава и повреждениями их, сопровождающимися вывихом мениска, имеет громадное значение для лечения и ставится на основании результатов пневмордиографии. Лечение чистых частичных повреждений боковых связок должно состоять в инъекциях анестезирующих растворов (новокаин, перкаин) в околосуставные ткани непосредственно в область связок и места их прикрепления с последующей активной мототерапией. Нередко достаточно одного впрыскивания, но иногда необходимы 2—4 инъекции с промежутком в два дня. Как только станут возможными активные сгибание и разгибание, назначают массаж, диатермию и суховоздушные ванны. Обезыествление капсулы (Religrini-Preiser-Stieda) также подлежит консервативному лечению. Б. Иванов.

Woytek G. *Так называемый гемолитический шок.* (Dtsch. Z. Chir. 247, 1—2, 113—122, 1936). А. сообщает о трех случаях клинического гемолиза; в одном из них имело место неправильное определение группы крови вследствие неправильного результата пробы со стандартной сывороткой. У двух других больных принадлежность к одинаковым группам установлена на основании серологических контрольных исследований; оба относились к группе А. Биологическая предварительная проба дала во всех случаях отрицательный результат. А. считает, что простое определение группы крови с помощью стандартных сывороток недостаточно; дополнительно необходимо производить перекрестную пробу. Принципиально следует переливать лишь кровь, принад-