

в удалении бактериэмии и сглаживания остроты инфекционного процесса, но и в предотвращении гибели некоторого количества животных.

Серотерапия при наличии в легких ясно выраженного опеченения устраняет бактериэмию и ее последствия, но не оказывает никакого влияния на местные процессы, развивающиеся в легких.

П. Р.

б) Венерология.

Corbus. *Кожная проба для диагностики гоноройной инфекции.* (Journ of Urol., № 1, 1936 г.) Бульон-фильтрат, предложенный в свое время автором, рекомендуется поместить в автоклав при t° 115—120°, тогда вещества, образующие антитоксины, останутся, и жидкость будет способна вызывать реакцию у больных гонореей, у которых возникает сенсибилизация к гонококку.

А. Д.

Coutts, W., и Barthelet, O. *Грамотрицательные кокки носоглотки в секрете шейки матки у проституток.* (Brit. Journ. Ven. dis., № 4, 1936 г.). В ряде случаев лаборанты диагностируют гонококков в отделяемом уретры мужчин, тогда как в самом деле возбудителем уретрита являются грамотрицательные диплококки носоглотки. У 20 проституток были обнаружены эти диплококки в отделяемом шейки матки. В 2 случаях это были сапрофиты носоглотки, культуры выросли на простом агаре через 48 часов при 37°. Не давая подробной характеристики выделенных групп, авторы утверждают, что им встретились в 2 случаях носоглоточные кокки из группы «желтых», которые могут вызывать в половых органах воспалительные явления.

А. Д.

Leahy A. и Carpenter, Ch. *Диагностика гонорей с помощью культур.* (Am. J. Syph., Gonorr. and ven. dis., № 7, 1936 г.). Авторы пользовались модификацией метода McLeod для диагностики гонорей, в течение 9 месяцев. Метод состоит в использовании кровяной среды при t° 34—37° в атмосфере воздуха. Они изолировали гонококков 130 раз из 362 исследований, произведенных у 138 человек. Метод культур дает на 10% больше положительных результатов, чем микроскопия мазков. Этот процент будет выше, если принять во внимание исследование выделений из матки или сока простаты.

А. Д.

Stafford, L., Warren. *Дифференциальная диагностика гоноройных артритов.* (J. Lab. and Clin. Med. Октябрь, 1936 г.). Главным признаком дифференциальной диагностики гоноройных артритов является нахождение гонококков в полости суставов, что выделяет артрит этой этиологии от других. У больных с гоноройными артритами удается обнаружить гонококков в мочеполовом тракте в мазках до 40% и культурами до 60%. В острых случаях в мазках из уретры всегда находят гонококков. В пунктатах из суставов, слизистых сумок и сухожильных влагалищ в острых стадиях болезни удается обнаружить гонококков в 80%, в более поздних стадиях пунктаты остаются стерильными. Реакция связывания комплексов остается отрицательной от 2 до 6 недель после инфицирования больного, и в то же время в ряде случаев она может держаться положительной до 4 лет после инфекции. Кожная проба может оказать помощь в диагностике, если применяются свежие антигены. Токсин из гонококков может вызвать эритематозную реакцию на коже и при отсутствии заболевания. Диагностика может быть твердо установлена лишь при положительных находках гонококков в культурах при посевах пунктатов из суставов. Общее состояние больных обычно резко нарушено. Электрокардиографически удается обнаружить изменения у 50% всех больных. Дисфункции суставов наступают в результате изменения суставных поверхностей, но более часто возникает тугоподвижность в соединительной ткани капсулы сустава.

А. Д.

Adler, E. *Лечение гоноройных вагинитов у девочек.* (Am. Journ. Dis. Child., № 8, 1936). За последние два года через детское отделение госпиталя в Bellevue прошло 165 девочек с гоноройными вагинитами. Лечение небольшой группы инстилляциями 20% белкового препарата серебра не дало успеха. Две группы больных были подвергнуты лечению «эстрогенными субстанциями» («амниотин»), которые впрыскивались под кожу в различных дозах; результаты лече-

ния удовлетворительны, но не практичны. Эти же вещества были назначены третьей группе больных в виде суппозиторий, в результате чего у 94% больных в мазках не находили гонококков уже через 20 дней. А. Д.

в) Хирургия.

Mirizzi, P. L. Введение в брюшную полость Iriodol'я (Zentrbl. f. Chir., № 28, 1936) А. на 15 больных вводил внутривнутрибрюшную в качестве контрастного вещества Iriodol'. Автор убедился в безопасности введения в брюшную полость Iriodol'я при соблюдении известных технических правил. Этот метод может быть полезен при распознавании опухолей брюшной полости, особенно тазовых. И. Цимхес.

Gumpel, F. О лечении болезни Гиршпрунга, (Zentrbl. f. Chir. № 46, 1936). В одном случае болезни Гиршпрунга а. успешно применил метод Nictoscoloplicatio. Он сшивает свободные и наружные ткани по всей длине толстого кишечника от аппендикса до прямой кишки. Этим достигается уменьшение просвета, укорочение длины кишок и уменьшение свободной, лишней подвижности их. Большого возможно оперировать в один момент. Опасность вскрытия просвета кишок отпадает. И. Цимхес.

Harttung. Беременность и перитонит (Zentrbl. f. Chir., № 13, 1936). А. приводит 3 случая осложнившегося перитонитом острого аппендицита у беременных. В случаях беременности до шести месяцев автор предлагает при перитоните на почве аппендицита вскрыть брюшную полость и удалить источник инфекции, а после вызвать роды. В последние 4 месяца беременности следует сначала произвести опорожнение матки влагалищным путем от плода, а затем предпринять чревосечение по поводу перитонита. И. Цимхес.

W. Cavle Crutfield. О лечении переломов со смещением шейных позвонков при помощи скелетного вытяжения (Surg. gyn. obst.). А. предлагает при переломах шейных позвонков со смещением отломков накладывать на черепные кости скелетное вытяжение при помощи специального тракционного аппарата. При помощи дреля, после инъекции новокаина и разреза кожи просверливается отверстие в кости черепа до 3 мм глубины только до диллоэ (дрель устроена так, что он дальше 3 мм не погружается). Такие отверстия сделаны на обеих теменных костях на одинаковых местах. В эти отверстия вводятся острые концы аппарата для вытяжения; больной лежит горизонтально, и через спинку кровати подвешивается груз от 5 до 15 английских фунтов. По истечении 7—10-дневного пребывания больного при таком скелетном вытяжении смещаемость не наблюдается. После этого рекомендуется начать функциональное лечение. И. Цимхес.

Bauer, H. Остеопластический способ ампутации по Киршнеру. (Zblt. f. Chir. 1936, 48, 2817—2819). Ампутация по Киршнеру производится таким образом, что после перенесения кости из удаленных отделов больше-или малоберцовой кости образуется слегка конический штифт с поперечником, соответствующим диаметру костномозговой полости; при этом один конец его делается тоньше, а другой—толще последней. Штифт плотно забивается в костномозговую полость и выступающий конец его отпиливается вместе с тонким слоем костной культи, благодаря чему поверхность отпила получается совершенно гладкой и однородной. А. применил этот способ в нескольких случаях ампутаций бедра и голени и очень доволен его результатами; уже при первой смесе повязки отмечается почти полная нечувствительность культи при поколачивании; через 2—3 недели, когда культи становится совершенно нечувствительной при поколачивании, больной снабжается временным, а затем спустя 4—5 мес.—постоянным протезом. Преимуществом способа является активная функция и нагрузка культи до получения протеза, что имеет не только функциональное, но и психологическое значение. Б. Иванов.

Andernach, F. Лечение артритов рыбьим жиром. (Zblt. f. Chir. 1936, 51, 3049—3050). Для лечения хронических артритов а. рекомендует впрыскивание в полость сустава, после предварительной пункции и анестезии, 4—5 см³ рыбьего жира. Под влиянием такого впрыскивания в суставе и его окружности