

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

развивается неспецифическое асептическое воспаление, продолжающееся, вследствие медленного всасывания рыбьего жира, около недели и затем исчезающее. Иногда вырыскивание приходится повторять 2—3 раза. В своих случаях, проведенных спустя продолжительное время, а. получил хорошие результаты.

Б. Иванов.

Becker, F. *Саркомы коленного сустава после рентгенотерапии.* (Dtsch. Z. Chir. 1936, 248, 1—2, 11—23). А., сообщая о 15 известных до сих пор случаях саркомы суставов, пораженных туберкулезом, у больных в возрасте 5—15 лет, приводит собственное подобное же наблюдение, где саркома развилась в результате неразумного интенсивного применения рентгенотерапии. Туберкулез имеет при этом, повидимому, лишь второстепенное значение; главную роль играют рентгеновские лучи, к которым особенно чувствительна эпифизарная зона. Сообщенные а. наблюдения указывают, что ввиду опасности развития саркомы, рентгенотерапия при туберкулезе суставов должна проводиться с величайшей осторожностью, особенно у больных, находящихся в периоде роста.

Б. Иванов.

г) Офтальмология.

А n b i n e a u. „Субъективные“ зрительные расстройства после травмы черепа (Annales d'oculistique, 1936, T. CLXXIII, 3 livre). Автор наблюдал 21 случай закрытого повреждения черепа с потерей сознания различной продолжительности. Из всех этих травм только в 5 случаях имелись определенные объективные указания на центральное поражение зрения, но во всех случаях без исключения имелись так называемые „субъективные“ зрительные расстройства. Последние автором рассматриваются с точки зрения морфологии и судебной медицины. В основном субъективные расстройства были 2 родов: 1) собственно зрительные расстройства и 2) зрительная усталость. При собственно зрительных расстройствах обнаруживалась только потеря чувства равновесия (больные искали точку опоры). У них полученные впечатления от предметов тут же терялись, вследствие резкого прерывания их из-за головокружения. У жалующихся на „зрительную усталость“, наступающую более или менее быстро, исключалась аккомодативная астенония. Психоневрозы исключались в обоих типах расстройств. „Субъективные“ зрительные расстройства в основе имеют также органическую базу, установить которую весьма трудно. В заключение автор говорит, что все травмы черепа с потерей сознания требуют полного осмотра органа зрения и нервной системы. Все черепно-мозговые ушибы могут быть причиной объективных и „субъективных“ зрительных расстройств. При субъективных зрительных расстройствах также необходимо быть осторожным в прогнозе. Для судебной медицины при объективных зрительных расстройствах действительно только заключение специалиста-офтальмолога. Субъективные же зрительные расстройства следует относить к синдрому commotio cerebri.

В. П. Горбатов.

С t a g g. *Лечение табачной амблиопии ацетилхолином.* (Bristol Med. Chirurg J. V. 53, 1936). Автор лечил 5 больных, страдавших табачной амблиопией, внутримышечным введением ацетилхолина (лекарство это продается в двух дозировках: А—по 0,03 и В—по 0,125 г.) Каждый пациент сначала получал 2 инъекции по 0,03 г с интервалом в один день, затем вводилась по 0,125 г ежедневно до наступления стойкого улучшения. Двум пациентам, кроме того, давался рог ос серпюкислый физостигмин по 0,004 г, исходя из расчета, что минимальные дозы его повышают действие ацетилхолина. Результаты получались удовлетворительные, зрение быстро улучшалось.

В. Демская.