

этого заболевания являются медленно нарастающие боли ишиалгического характера, длящиеся от нескольких месяцев до двух лет. Иногда ранним симптомом является симптом Тренделенбурга. Натечные абсцессы чаще располагаются сзади в области сустава, иногда опускаются на ягодицу, наблюдаются также прорывы впереди. Лечение применяется как оперативное (иссечение и выскабливание свищей, удаление секвестров, резекция костей), так и консервативное (вливание в свищи иодоформ-глицериновой эмульсии, рентген). Автор располагает 4 случаями туберкулеза крестцово-подвздошного сочленения в возрасте 19—66 лет. Во всех случаях наблюдалось улучшение процесса после лечения, хотя нужно иметь в виду, что для туберкулеза подвздошно-крестцового сочленения вообще характерны длительные ремиссии. Хронический остеомиелит крестцово-подвздошного сочленения автор наблюдал у одного больного. Диагноз был поставлен на основании рентгеновского, бактериологического и гистологического исследования. Через 8 недель после операции больной был выписан в хорошем состоянии. В другом случае диагноз не был установлен точно. Автор подчеркивает трудность дифференциального диагноза между туберкулезом и остеомиелитом. Признаки хронического остеомиелита крестцово-подвздошного сочленения заключаются в локализованной болезненности при давлении, неправильном положении при стоянии с полной подвижностью тазобедренного сустава. Наиболее важным методом исследования является рентген. Кроме того, автор наблюдал 2 случая остеомиелита седалищной кости. 1 больной был выписан в хорошем состоянии, у второго через полгода после операции имелся еще свищ. Остеомиелит лобковой кости автор наблюдал у 3 больных. Для этого заболевания типичны абсцессы над и сзади симфиза, распространяющиеся вниз к *sacrum Retzi*, мочевому пузырю и на внутреннюю поверхность таза к запирательному отверстию или на внутреннюю поверхность бедра к приводящим мышцам.

B. M.

Wachs, E. *Прогрессирующий некроз кожи*. (Br. Beitr. zur kl. Chir. Bd. 165. N. 4. 1937. Июнь, стр. 564—571). Автор описывает 5 случаев прогрессирующего некроза кожи. Через несколько дней после операции происходит внезапное разрушение кожи и подкожной клетчатки, принимающее прогрессирующее течение. Язва распространяется в одну сторону, причем край ее здесь приподнимается. Прогрессируя на одной стороне, язва загнивает на другой после отторжения некротической ткани. Общее состояние страдает сильно. Обычно после кажущегося улучшения язва снова вдруг разрастается, сопровождаясь болями и высокой температурой. Возникновение этих язв наблюдается в любом возрасте. Причина этого заболевания неясна. При бактериологическом исследовании автор находил во всех случаях смешанную инфекцию. На основании патолого-анатомических исследований автор объясняет прогрессирующее течение язвы тромбофлебитом. Автор считает целесообразным только радикальное лечение. Применявшиеся вначале риваноловые влажные повязки (1:1000), переливание крови и витаминное лечение давало временное улучшение. Лучшим способом автор считает электрокаустическое иссечение краев или лучше всей язвенной поверхности. Это вмешательство необходимо производить рано. В 3 случаях автора больные умерли, 2 больных выздоровели после ампутации конечности.

B. M.

в) Педиатрия.

Haueг *Изменения спинномозговой жидкости при коклюше* (Klinisch Wschr. № 11, 1935). Давно известны менингитические и энцефалитические изменения при тяжелой судорожной форме коклюша. Автор исследовал спинномозговую жидкость у многих больных коклюшем без осложнений со стороны нервной системы и находил целый ряд изменений в жидкости: изменение окраски, повышение давления, незначительное увеличение белка и клеточных элементов. Токсические и чисто травматические изменения со стороны мозговых оболочек и мозга вызываются повышением внутричерепного давления при приступах кашля и значительно чаще свойственны коклюшу, чем думали до сих пор.

Ш. Геллер.

Blaise и Perez. *Эфирные клизмы при коклюше*. (Arch. Pediatr. Uruguay. V. 8, III, 1937). Авторы предложили при коклюше вводить клизмы следующего состава: 20 см³ 10% раствора камфоры в эфире, 30 г эйкалиптола и 100 см³ 4% раствора ароматического масла в жидком петролате. Жидкость эта вводится в прямую кишку при помощи нелатоновского катетера № 14 и 16 на глубину