

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 *cavum Retzii*, 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), перебивание крови и питание витамином 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.

Bloise и Perez. *Эфирные клизмы при коклюше*. (Arch. Pediatr. Uruguay. V. 8, II, 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

15 см. Для грудного ребенка берется доза в 5 см³, для детей от 2 до 8 лет—10 см³ и для более старших—15 см³. Курс лечения состоит из 8 клизм, проделываемых ежедневно; в тяжелых случаях число их доводится до 15. Авторы на основании своих наблюдений пришли к убеждению, что эфирные клизмы оказывают благоприятное влияние на течение коклюша и предохраняют от развития осложнений, особенно в области дыхательного тракта. Количество приступов уменьшается и общее течение болезни укорачивается. Техника лечения весьма проста и может быть выполнена в домашней обстановке матерью. Даже самые малые дети легко его переносят. Его можно сочетать с введением специфической вакцины и антиспазматическими медикаментами, например, белладонной. Из 80 детей, подвергнутых этому лечению, у 80% получились весьма удовлетворительные результаты.

В. Дембская
Cunningham, A. A. *Вакциноterapia кори.* (Brit. Med. Journ. 1937, 1202). А. приготавливал свою вакцину из культур пневмококка, гемолитического стрептококка и бацилл Пфейфера, убитых нагреванием при 60°. Стандарт вакцины—600 миллионов микробных тел в 1 см³. Дозировка: 0,1–0,2 в зависимости от возраста больного. Вакцинация производилась ежедневно 3 дня подряд. Вакцинотерапии подверглись 236 больных, и 278 таких же больных были оставлены в качестве контроля. А. предполагал, что подобное лечение должно снизить процент осложнений, развивающихся при кори. Однако его материал не дал подобных результатов. В обеих группах—как подвергавшихся вакцинотерапии, так и не подвергавшихся,—процент осложнений был одинаков. А. считает свой материал недостаточным для окончательных выводов о целесообразности применения вакцинотерапии при кори.

Н. К.
Leitz. *Поверхностное исследование мазков при дифтерии.* (Münch. m. W. 84, 10/IV 1937). Автор советует при диагностике дифтерии не ограничиваться исследованием одного мазка, а брать их систематически через каждые два часа от 6 часов утра до 8 часов вечера. Он отметил, что в утренних пробах типичные дифтерийные бациллы попадались на 40–50% чаще, чем во взятых после полудня и вечером. Такая коллекция мазков оказалась полезной и при обнаружении носителей. Благодаря ей в 3% случаев удалось обнаружить бациллы Леффлера там, где однократный мазок давал отрицательный результат. Этим же способом можно было проверить бактерицидное действие лимонного сока. Оказалось, что после его применения процент положительных находок совершенно не изменился, следовательно, признаваемая за ним бактерицидная сила, не подтвердилась.

В. Дембская.

г) Урология.

Gehrman n. *Папилломы и карциномы мочевого пузыря у рабочих красочной промышленности.* (JAMA, т. CVII, № 18, 1936). В литературе имеются указания, что у рабочих химической промышленности чаще встречаются опухоли пузыря по сравнению с другими группами населения. Из химических веществ имеют значение ароматические амины (анилины, нафталины, бензидины). Эти химикалии могут проникать в организм тремя путями: через легкие, кишечник и кожу. Автор изучил материал в 24 случаях рака пузыря и в 39 случаях папиллом. Диагностика заболеваний довольно проста, если учесть, что цистоскопия во всех случаях дает возможность поставить диагноз опухоли. Опухоли могут быть единичными, множественными, доброкачественными и злокачественными. Прогноз благоприятен лишь в случаях папиллом. Однако нужно иметь в виду, что доброкачественная опухоль может перерзсти в злокачественную.

А. Д.
Williamson. *Первичная карцинома придатка яичка.* (Journ. of Urol., т. XXXVI, № 4, 1936). Мужчина, 26 лет, обратился к автору с жалобами на некоторое увеличение и уплотнение придатка яичка, которое он заметил случайно 2 недели назад. Венерическими болезнями не болел, наследственность не отягощенная. Самочувствие больного хорошее. Предположительный диагноз был поставлен—туберкулез придатка. Произведена эпидидектомия, яичко оказалось не пораженным. Гистологическое исследование опухоли придатка дало картину типичной эмбриональной карциномы с лимфоидной стромой. Больному была назначена рентгенотерапия. Через два года больной был обследован вновь, у него не было обнаружено признаков метастазов.

А. Д.
May. *Карцинома придатка яичка.* (Journ. of Urol., том XXXVI, № 4, 1936.) Описание касается мужчины 49 лет, который обратился в клинику (Сан Диего,