

426. *Внутривенные впрыскивания пилокарпина, как средство против послеоперационного задерживания мочи*, хвалит Hinrichsen (Deut. med. W., 1927, № 21), применивший пилокарпин с постоянным успехом в 38 случаях грыже-сечения. Впрыскивался пилокарпин в дозе 0,01, обыкновенно в то время, когда пузырь на 3 поперечных пальца возвышался над симфизом. В большинстве случаев было достаточно одного впрыскивания, чтобы вызвать мочеиспускание; в крайне редких случаях его приходилось повторять. С. С-в.

г) Офтальмология.

427. *Ихтиоловая мазь после глазных операций*. E. Schall (Z. f. A., 1926, B. 60, H. 3/4) в целях предотвращения склеивания краев век после операций на глазном яблоке рекомендует применять повязку с ихтиоловой мазью (ихтиола 1 ч., вазелина 2 ч.). Такая повязка предохраняет конъюнктивальный мешок от плотного замыкания и предотвращает скопление в нем секрета с одной стороны, а с другой позволяет при перемене повязки избежать давления на глазное яблоко и растяжения спаившихся краев раны. Ихтиоловая мазь наносится на кусочки борланта. У всех пациентов при снятии повязки глаз открывается самопроизвольно, без посторонней помощи. Такое преимущество ихтиоловой повязки основано на задерживающем свертывание, а не на дезинфицирующем свойстве ихтиола, что автор проверил экспериментальным путем. E. Волженский.

428. *К применению глаукозана*. Wegner (Z. f. A., 1926, B. 60, H. 3/4) проводил опыты применения глаукозана при простой глаукоме (13 сл.), абсолютной (2 сл.), гидрофтальме (2 сл.), глаукоматозном ирите (6 сл.) и при поражении радужки (35 сл.), причем оказалось, что хороший результат от подконъюнктивальных инъекций глаукозана получается в тех незапущенных случаях простой глаукомы, где внутриглазное давление колеблется около верхней границы нормального, где эзерин и пилокарпин не достигают цели; напротив, при абсолютной глаукоме и гидрофтальме применение его безрезультатно. Второй областью применения глаукозана является свежий ирит различной этиологии, где при помощи этого средства можно достигнуть разрыва задних синезхий, противостоящих самым сильным дозам атропина. По мнению автора глаукозан скорее удержится при лечении иритов, особенно в комбинации атропина с кокаином, чем при лечении глаукомы, так как при первых от этого средства можно достигнуть действительного излечения, при глаукоме же—только преходящего состояния покоя или даже ничего.

E. Волженский.

429. *Иод при глазных болезнях*. Проф. zur Nedden (Z. f. A., 1927, B. 61, H. 4/5) около трех лет практикует при заболеваниях глаз наружное применение йода в виде раствора (1:1000 с прибавлением 10,0 подистого кали), или мази (jodi puri 0,1, vaselini 20,0). Подотерапией он преследует двоякую цель: 1) уничтожение микробов, 2) возбуждение воспалительной гиперемии. Преимущество йода пред другими дезинфицирующими средствами, по мнению автора, заключается в том, что он глубоко проникает в ткани, не причиняя каких-либо повреждений. Еще более важным фактором является развитие гиперемии, которая улучшает всасывание и способствует подвозу защитных тел в болезненный очаг. Наиболее подходящим для этого метода лечения заболеванием zur Nedden считает катарр слизистой оболочки слезного мешка, где нагноение ослабевает после промываний подистым раствором в течение 2 дней, а совершенно исчезают пневмококки после 4—6 дней. Катарральные заболевания конъюнктивы, как острые, так и хронические, в том числе и трахома, напротив, труднее поддаются подотерапии. За то последняя дает успех при экзогенных инфекционных заболеваниях и поверхностных повреждениях роговицы, далее—при туберкулезных заболеваниях роговицы и склеры. Субконъюнктивальные инъекции иодистого раствора с успехом применялись автором также при хроническом серозном иридоциклите и при отслойке сетчатки, но все же главной областью водотерапии zur Nedden считает заболевания слезного мешка и роговицы, а равно скрофулез и тbc глаза. E. Волженский.

д) Акушерство и гинекология.

430. *К распознаванию разрыва плодного пузыря при родах*. Gold (Zentr. f. Gyn., 1927, № 27) рекомендует для этого исследовать реакцию влагалищного секрета на лакмус: до разрыва плодного пузыря реакция эта в огромном большинстве случаев бывает кислой (из 152 случаев автора—в 147), после же разрыва—всегда щелочной. Конечно, при этом надо исключить наличие в рукаве крови, жидкостей для спринцевания, мочи и пр. П. Маненков.