

диабет и пр.) оно является лишь вспомогательным средством, при тяжелых формах ожога дает хорошие результаты, наконец, является большим подспорьем и при инфекциях. P.

525. *Размягчение рубцов.* Stoelzner (Münch. m. W., 1926, № 50) на основании теоретических соображений и экспериментов пришел к выводу, что наилучшим средством для размягчения рубцов является насыщенный раствор мочевины с прибавкой роданистого калия. Вывод этот был подтвержден клиническими исследованиями Stoye (там же), который нашел, что действительно указанный раствор вызывает сильное набухание соединительнотканых волокон и размягчение рубцовой ткани (по реф. Вр. Г., 1927, № 20).

526. *Оперативное лечение pruritusani.* Vorschütz (Zentr. f. Chir., 1927, № 45) сообщает о двух случаях сильного зуда в области заднего прохода, не поддававшихся консервативному лечению. Иссечение экзематозного участка также не имело успеха. Тогда автор произвел циркумпизию вокруг заднего прохода, глубиную до фасции и мышц, причем после заживления ран вторичным натяжением оба больных избавились от своего страдания. Таким путем автор, очевидно, прервал проводимость чувствительных нервов данной области. И. Цимхес.

ж) Офтальмология.

527. *К этиологии глаукомы.* Производя ряд исследований над субвитальными процессами в изолированном глазе, проф. С. С. Головин (Р. Офт. Ж., 1927, № 7) получил данные, которые вполне подтверждают давно уже высказанные им мысли, что функция регуляции внутриглазного давления принадлежит сосудистым стенкам, и что глаукома есть болезнь, характеризующаяся расстройством компенсации внутриглазного давления вследствие изменения физических и физиологических свойств сосудистых стенок. P.

528. *Лабораторная диагностика трахомы.* Г. Б. Степанов (Проф. Мед., 1927, 8—9) сообщает о результатах исследования на наличие тельца Гоуазек'а 786 случаев, из числа которых в 655 был исследован соскоб с трахомой конъюнктивы, в 58—содержимое фолликулов от трахоматозных больных и в 73 случаях—соскоб конъюнктивы нетрахомных больных. Соскоб брали с конъюнктивы верхнего вывороченного века, ребром плотного покровного или тонкого предметного шлифованного стекла. Взятый материал размывался на стекле, затем ему либо давали высохнуть на воздухе, затем в течение 5—10 мин. фиксировали абсолютным спиртом, либо влажный мазок фиксировали в течение 1—2 мин. метиловым спиртом. В заключение мазок окрашивался в течение 1—2 ч. краскою Giemsa (1 капля на 1 куб. с. воды). При этом протоплазма эпителиальных клеток окрашивалась в светло-голубой, ядро—в красно-фиолетовый, ядрышки—в светло-голубой (интензивнее протоплазмы) или синий цвет, тельца Гоуазек'а—в такой же цвет, как и ядрышки. В наибольшем % (76,2%) тельца эти были обнаружены в случаях ранней трахомы, вторая стадия трахомы дала 65,2%, а рубцовая трахома—лишь 19%. В содержимом фолликулов тельца не были обнаружены ни разу, в конъюнктиве нетрахомных больных они были встречены в 4 сл. из 73 (5,5%), в том числе в 3 случаях острого конъюнктивита и в 1—фолликулярного. Таким образом, не будучи сами возбудителями трахомы, тельца Гоуазек'а имеют несомненное значение в диагностике этой болезни. P.

529. *Новый метод фиксации глазного яблока.* Dantrelle (Ann. d'ocul., t. 164, 1927), не удовлетворяясь уздечным швом на мышцу при операциях на глазном яблоке, предлагает новый метод фиксации последнего, состоящий в следующем: соответственно тому месту, где обычно фиксируют пинцетом глазное яблоко за конъюнктиву, автор проводит шов через поверхностный слой роговицы, близ лимба, захватывая роговицу на протяжении 2—3 мм.; нитка завязывается петлей, за которую и фиксируют глаз пинцетом во время производства разреза. Фиксировать надо возможно ближе к роговице. Автор никогда не наблюдал при этом способе никаких осложнений; но, конечно, при этом надо тщательно избегать перфорации роговицы. После операции шов снимается. В. А.

530. *Молочная терапия при орбитальной флегмоне.* Heesch (Klin. Mon. f. Aug., Bd. 78, 1927) сообщает о развившейся после экстирпации слезного мешка орбитальной флегмоне (операция в этом случае сопровождалась сильным кровотечением и отрывом сильно измененного слезного мешка при входе его в костный канал). Молочная терапия совместно с местной (1% оптохиновая мазь, ком-

прессы), дала через несколько дней полное излечение. Расчет количества введенного молока производился по Stargardt'у (10 куб. с. на 120 фунт. веса больного). В. А.

з) Акушерство и гинекология.

531 *Искусственное оплодотворение.* Macías de Torres (по Verich. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII) для искусственного оплодотворения считает пригодными случаи, где препятствие лежит в шейке, или оно неизвестно, а также случаи импотентiae secundi. Автор допускает, что стенозы шейки являются механическим препятствием, которое сперматозоиды преодолеют не в состоянии. При цервикальном метрите причина бесплодия зависит от химических условий. Техника оплодотворения: после дезинфекции полового члена с помощью H_2O_2 сперма собирается в сосуд с 10 к. с. физиологического раствора $NaCl$, в котором сперматозоиды могут жить до 48 часов, хотя уже после 6 часов некоторые из них перестают двигаться. Очень важно делать повторные инъекции, начав их через 8 дней после менструации и повторяя через 4 дня до наступления следующих регул или до предполагаемой беременности; количество вводимой жидкости должно равняться 1—1½ к. с. Т. к. гарантии в стерильности жидкости быть не может, то автор, во избежание попадания ее в трубы, предостерегает от применения сильного давления на поршень шприца при инъекции. А. Т.

532. *Лечение бесплодия.* Samuel (Deut. m. Woch., 1926, № 50), разбирая причины бесплодия, отмечает, что часть случаев с неясной этиологией зависит от сперма-иммунитета. В одной трети случаев бесплодных браков муж является непосредственным виновником бесплодия, в другой трети он косвенно служит причиной бесплодия (передача гонорреи жене), и только в одной трети случаев причина бесплодия лежит в самой женщине. Поэтому следует говорить о бесплодном браке, а не о бесплодии женщины. У женщины стерильность чаще всего зависит от недостаточного развития половых органов, обусловленного конституциональными аномалиями или расстройствами в эндокринной системе. Здесь нередко помогает органотерапия; так, напр., у женщин с недостаточностью щитовидной железы и дисфункцией яичников хороших результатов можно достигнуть малыми дозами тиреоидина. Инфантилизм яичников может иметь своим следствием повышенную кислотность влагалищного секрета, лучшим средством против которой автор считает спринцевания содой. Чтобы побудить инфантильную матку к росту, предложено много способов, из которых S. наиболее верным считает метод Fehling'a, состоящий в длительном расширении цервикального канала стеклянной трубкой после предварительного соскабливания слизи. Существенным шагом вперед в лечении бесплодия автор считает продувание труб и трансплантацию яичников. Собственный инструментарий S. позволяет контролировать результаты пертубации самому оператору без помощи ассистента, что значительно ее упрощает. При трансплантации яичников важно предварительное определение групповых особенностей крови. Для некоторых случаев бесплодия автор считает показанным искусственное оплодотворение и предлагает особую канюлю, которая надевается на любой Рекорд'овский шприц и позволяет без давления ввести сперму к самым трубным устьям. Автор имел 3 удачных случая искусственного оплодотворения. А. Т.

533. *Новый признак беременности* описывает Lorincz ((Münch. med. Woch., 1927, № 38). С целью диагностики ранней беременности он вводит женщине внутривенно 1 к. ст. питуизана. В случае беременности через 10—20 сек. при бимануальном исследовании легко определяется резкое сокращение матки, которое держится от 1 до 5 мин, после чего матка начинает опять размягчаться. В виду того, что небременная матка на питуизан не реагирует, автор рекомендует этот способ также и при неполных абортгах для решения вопроса о том, содержит-ли матка еще остатки плодного яйца, или нет. Какого-либо вредного влияния на организм женщины питуизан, по заявлению L., не оказывает. Нужно заметить, что с этой же целью Höhne и Zorn еще раньше предлагали (Zbl. f. Gyn., 1926, № 20) вводить внутривенно питуландол, который также вызывает резкое сокращение беременной матки. А. В.—н.

534. *Искусственное вызывание маточных схваток.* Ostrcil (по Verich. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII, H. 4), разбирая способы искусственного вызывания маточных схваток у рожениц, отмечает, что механический метод Gauss'a мог бы быть заменен электрическим стулом Bergonié или проктейринтером. Метод