

пораженному хрящу, который в этом месте изъеден и имеет дефект, проникающий в толщу хряща; надхрящница сильно утолщена; позади хряща имеется нередко полость между хрящем и отслоенной надхрящницей, наполненная гноем и грануляциями; иногда хрящ изменен, — теряет свой молочный цвет и становится желтовато-серым. Патогенез и этиология инфекционных хондритов, в частности хондритов после сыпного тифа, не представляются точно выясненными. Ламре объясняет воспалительно-гнойные изменения в хрящах (после брюшного тифа) также, как и при остеомиелитах, бактериальными эмболами, причем получается картина хондромиелита (согласно исследованиям Ламре, начиная с 3-го десятилетия, хрящи, питаемые вначале надхрящницей, получают собственные сосуды, и в центре хряща образуется канал, выполненный тонкими пучками соединительной ткани, сосудами и жировыми клетками). По мнению Петрашевской при заболевании сыпным, возвратным тифом или какими-либо другими инфекционными болезнями могут наступать некрозы хрящей (вследствие действия токсинов или закупорки сосудов надхрящницы), которые медленно рассасываются, но при малейшей посторонней кровяной инфекции быстро переходят в нагноение, возбудителем которого наичаще бывает стафилококк. Шацкий держится того взгляда, что причиной поражения реберных хрящей после сыпного и возвратного тифов является изменение сосудов, в зависимости от инфекции, причем первично поражается перихондр, а изменения хряща — вторичного характера. Лечение инфекционных хондритов — оперативное и должно заключаться в полном удалении всего пораженного хряща вплоть до костной части ребра с одной стороны и до грудины — с другой, причем, в случае надобности, должны быть удалены и соседние хрящи. В случаях, где дело еще не дошло до нагноения, можно применять внутримышечные инъекции с иodoформной эмульсией и повторные смазывания пораженных участков *t-ga jodi*; наконец, проф. Петровым предложена аутовакцинация больных, дающая благоприятные результаты. В. Б.

Абсцессы m. recti abdominis после инфлюэнцы наблюдал в 4 случаях (у 3 мужчин в возрасте старше 20 и у одной 10-летней девочки) Page (Annals of Surgery, 1919, LXX, № 2). Нарывы развивались в течение 2-го месяца после начала заболевания инфлюэнцей и локализовались в области между пупком и лобком. В первых 3 случаях в гною были найдены пневмококки типа I, в последнем случае — красящиеся по Грам'у стафилококки. Кроме того автор ссылается на 9 патолого-анатомических исследований, произведенных Wolbach'ом на трупах лиц, погибших от инфлюэнцы: у всех их были констатированы в области между пупком и лобком инфильтрация и припухлость прямых мышц при их желтоватой или насыщенно-красной окраске, а также геморрагии, размягчение, разрыхление и разволокнение других мышц тела. Основываясь на этих патолого-анатомических находках Wolbach'a, а также на своих собственных клинических исследованиях, Page приходит к заключению, что Zenker'овское перерождение имеет место не только при брюшном тифе, но и при инфлюэнце и пневмонии; мышцы,

становясь ломкими, дают начало геморрагиям, которые могут инфицироваться либо бактериями основной болезни, либо побочной микрофлорой.

М. Фридланд.

Лечение начинающихся ангиосклеротических гангренов. По Тимофееву (Мед. Журн., 1922, № 10—12) для лечения начинающихся ангиосклеротических гангренов надо регулировать отток крови так, чтобы при этом не изменялись законы кровообращения, регулировать приток более точно. Для этой цели надо на желаемом участке перевести отток из поверхностной системы в глубокую, что может быть достигнуто наложением ряда лигатур над анастомозом, — тогда кровь, встретив препятствие, переходит по этому анастомозу в глубокую систему, а по ней в крупные вены, которые во всяком случае подлежат лишь сдавлению, ушиванию, но не перевязке. Исходя из вышеуказанных соображений, Т. предлагает при начинающихся ангиосклеротических гангренах следующую операцию: проводится спиралевидный, почти циркулярный разрез в верхней $\frac{1}{3}$ голени до апоневроза, причем п. saphenus щадится, а все попадающиеся на пути венозные веточки перевязываются; таким образом вся, оттекающая от стопы, кровь поверхностной венозной системы переходит в глубокую. Затем на 2—3 см. ниже Ропраг'овой связки проводится второй разрез, в 5—7 см. длиной, которым обнажаются бедренные артерия и вена, освобождаются от огрубевшей в таких случаях периваскулярной клетчатки, и производится уменьшение просвета v. femoralis при помощи стягивания ее двумя лигатурами, наложенными на некотором расстоянии друг от друга (вместо лигатур Т. иногда пользовался и полосками фасции). Вышеозначенную операцию автор произвел в 20 случ. с хорошими результатами; в типичных случаях начинающихся ангиосклеротических гангренов неудач не отмечено; боли проходят в первые же дни, иногда уже через несколько часов; полученный хороший результат у некоторых больных является продолжительным.

В. Боголюбов.

в) Акушерство и гинекология.

Менструирует ли слизистая оболочка нижнего сегмента? Подвергнув тщательному макро- и микроскопическому исследованию мукозу isthmus'a (по прежнему—нижнего сегмента матки) в нескольких случаях, где матка была экстирпирована перед месячными, в 1-й день регул и через день после их начала, Nürnberger (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. LXXXV) убедился, что мукоза эта участия в менструации не принимает. Уже макроскопически можно заметить, как подвергшаяся предменструальному набуханию слизистая верхнего сегмента маточного тела резко обрывается у верхней границы isthmus'a. Микроскопическое исследование подтверждает, что свойственные менструации изменения бывают в mucosa isthmi едва выражены. Этим, по всей вероятности, и объясняется, почему оплодотворенное яйцо так редко прививается в области нижнего сегмента.

В. Груздев.

Лобелин при асфиксии новорожденных. В 1915 г. Wieland выделил из растения lobelia inflata кристаллическое вещество—лобелин ($C_{23}H_{29}O_2N$). Легче всего растворима в воде его хлористая