

вводилось внутривенно 5—10 куб. см., через 2—3 дня инъекция повторялась в той же или несколько увеличенной дозе. Больные обычно хорошо принимали эти инъекции; осложнений не наблюдалось. Автор провел этим способом 8 больных и находит, что при этом стихание болей и уменьшение припухания в суставах наступает быстрее, чем при других способах лечения, что позволяет значительно раньше применить механическое и физическое лечения больного сустава. Терапевтическое действие особенно рельефно выражено в острых случаях артритов и значительно хуже в случаях хронических. Большим недостатком способа является то обстоятельство, что не всегда имеется в достаточном количестве нужная сыворотка.

А. Дмитриев.

д) Хирургия.

191. *Операция при hallus valgus.* Balog (Zibl. f. Chirurgie, № 8, 1928), считает, что эта деформация встречается у 25—30% взрослых и чаще всего является результатом плоскостопия. Для устранения этого страдания авт. предлагает следующую операцию: дугообразный разрез на подошве, идущий от промежутка между I и II метатарсальной костью, с вогнутостью, обращенной внутрь, до внутреннего края стопы, откуда переходит на тыльную сторону первой фаланги большого пальца. Сухожилия абдуктора и короткого разгибателя большого пальца отделяются от места их прикрепления, пропускаются под аддуктором и пересекаются на надкостницу головки I метатарсальной кости. Аддуктор большого пальца отделяется также и пришивается к сухожилию длинного разгибателя. Экзостоз и бурза удаляются и рана зашивается наглухо. Гипс. Пересаженный абдуктор тянет I метатарсальную кость кнаружи и пронирует ее, тогда как аддуктор тянет кнутри сухожилие длинного разгибателя, а вместе с ним и большой палец. Таким образом патологическая отводящая тяга длинного разгибателя превращается в абдукцию.

А. Алексеева-Козьминна.

192. *Прогноз и терапия перемежающейся хромоты и начинающейся гангрены конечностей.* По Prof. H. Schlesingerу (Mediz. Kl. № 1—1929), наличие перемежающейся хромоты конечностей уже является угрозой гангрены, и поэтому каждый практический врач должен знать симптомокомплекс этого заболевания. Лечение автор разделяет на 1) медикаментозное, в виде нитритов, теобромбина, салицилового натра, хинина, стрихнина и др; 2) оперативное, в виде ампутации конечности или операции симпатэктомии Leric'h'a и 3) профилактическое, в виде соблюдения тепла (отнюдь не жара, дающего со стороны сосуда такую же реакцию спазма, как от холода), изъятия из употребления табака и пряностей, колоссальной бережности при обрезывании ногтей и мозолей во избежание заноса инфекции в конечность, склонную к гангрене. Профилактике авт. отводит очень большое место. Кроме того, автор подчеркивает факт преобладающего заболевания хромотой среди мужчин и обещает в дальнейшем опубликовать свои наблюдения над лечением перемежающейся хромоты препаратами половых желез.

С. М. Райский.

е) Акушерство и гинекология.

193. *Причину наступления родов* Klaus (Münch. m. Woch., 1928, № 13) видит во влиянии задней доли гипофиза на беременную матку, которое в первые месяцы беременности тормозится желтым телом как антагонистом гипофиза. Автор наблюдал влияние препаратов гипофиза на кроличиху в различные периоды беременности (продолжительность норм. бер. 32 дня) и отмечает, что между 1—17 днем берем. даже максимальные дозы не оказывали на матку никакого влияния; с 18—22 дня наступало прерывание беременности вследствие кровоизлияния в отнад. оболочку. — с 29—32 дня наступали роды даже при введении минимальных доз препаратов гипофиза. Разница получается также в состоянии тонуса и сокращений матки. — так, с 18 дня мышца матки сокращалась ритмически, с 29 дня она давала состояние длительной контрактуры. В доказательство того, что желтое тело оказывает парализующее действие, автор приводит случаи т. н. ложной беременности, при которой наблюдаются те же явления, несмотря на отсутствие плода и последа. Затруднения для объяснения представляют только случаи, где, несмотря на удаление яичников в первые месяцы беременности, последняя не прекращается, а продолжает развиваться.

М. Дышно.