

фия, уменьшающего боли; впрочем с этим средством надо быть осторожным, так как морфий подавляет также способность к отхаркиванию. Рекомендуются также кардиазол и гексетон, причем последнего надо делать не более 2 инъекций в течение двух часов. При наличии постоперационных катарров автор советует применять суперзан, ментонин — по 2—3 к. с. интрамускулярно и транспульмин (1—2 к. с. ежедневно). Старые экстретоганга тоже не следует забывать. Если изменения в легких перешли в хроническую форму с образованием мелких или более значительных абсцессов, то уместными являются аутогемотерапия, протеиновая терапия или сальварсан (доза II—III). При изменениях грудной стенки — в зависимости от случая — могут оказаться полезными компрессы, горчичники и рассасывающие средства, напр., салициловые препараты. *А. Тимофеев.*

г) Ортопедия.

267. *Травма позвоночника.* В большинстве случаев травмы позвоночника бывают односторонние расстройства, происхождение которых Schanz (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6) объясняет, сравнивая позвоночник с трубкой, наполненной вязкой жидкостью. Если травма поражает стенку этой трубки, то, вследствие давления, в ее содержимом возникает волна, распространяющаяся в оба конца трубки; если высота этой волны превышает определенную величину, то ранится содержимое трубки; сама же трубка также повреждается на месте прикосновения к ней закругленной верхушки волны. При вскрытии позвоночника в подобных случаях на месте прикосновения верхушки волны к телу позвонка находят разрывы межпозвоночных дисков, проявляющиеся в виде выпячивающихся в костно-мозговую полость небольших узелков, — т. наз. хрящевые грыжи. *Н. Киттенко.*

268. *Случай перелома I шейного позвонка без повреждения спинного мозга.* Menegaux (Revue d'orthopédie, 1927, № 3) приводит случай больного 70 лет, у которого после падения с лестницы головой вниз был обнаружен при рентгеноскопии перелом задней дужки атланта с небольшим смещением; больной был выписан через 26 дней без всякого специального лечения. Автор приводит несколько аналогичных случаев из литературы и делает вывод, что мозговые симптомы при переломе шейных позвонков могут иметь место лишь в случае повреждения зубовидного отростка и смещения отломков вперед. Однако автор не отрицает возможности у данного больного в будущем появления болезни Kimmell-Vergneile'a и рекомендует осторожный прогноз для всех подобных случаев. *А. Алексеева-Козьмина.*

269. *Регенерация сухожилий.* Вопросом этим занялся Пржевальский (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6), производивший опыты с резецированием Ахиллова сухожилия у собак, причем оказалось, что в тех случаях, где сухожильное влагалище было сохранено, происходило восстановление дефекта путем регенерации сухожилия. Напротив, при отсутствии сухожильного влагалища дефект замещался соединительной тканью. *Н. Киттенко.*

270. *Оперативное лечение привычных вывихов наколенника.* Hoffmeister (Zentr. f. Chir., 1928, № 2) разбирает материал привычных вывихов наколенника, прошедший через клинику Лехера за 2 года. Все случаи были оперированы по способу Whitelock'a, заключающемся в следующем: кожный разрез проводится по медиальной поверхности коленного сустава; дистальный сухожильный конец m. gracilis отделяется от места своего прикрепления, проводится под m. sartorius и пришивается к lig. patellare. Автор видел во всех случаях хорошие отдаленные результаты. *И. Цимхес.*

271. *Пересадка m. tensoris fasciae latae на spina post. sup.* F. Dickson (Journ. of bone a. joint. surg., 1927, vol. IX, № 1) проделал эту операцию за последние 5 лет у 40 больных с параличом нижних конечностей, причем получал неизменно хорошие результаты. Операция имеет целью заменить парализованные ягодичные мышцы, при условии, если m. tensor f. latae сохранил свою функцию. Техника ее следующая: разрез кожи от sp. ant. sup. до sp. post. sup. по краю подвздошной кости; впереди разрез продолжается вниз на ребро на 15 см., по внутреннему краю m. tensoris f. l. Весь кожный лоскут вместе с подкожной клетчаткой откидывается вниз и назад. Обнаженный tensor fasc. отделяется от m. sartorius и m. rectus femoris на расстояние 15 см. и сзади от средней ягодичной мышцы. Наконец, tensor f. l. отделяется от места своего прикрепления у sp. ant.

sup. вместе с небольшим костным островком. Затем в средней ягодичной мышце на уровне *sp. post. sup.* проделывается окно, в которое под средней ягодичной мышцей и притягивается отсепарованный *m. tensor fasciae latae*. Однако расстояние между концом *tensoris f. l.* и *sp. post. sup.* остается еще довольно велико, и необходимо сблизить эти две точки. Для этого сгибают бедро на 90° и отводят его до предельной возможности. На *sp. post. sup.* ножницами или долотом проделывают небольшое ложе и прикрепляют туда костный островок с концом *m. tensoris f. latae*. Если притянуть конец мышцы не удается, то около *sp. post.* отделяют мышечно-апоневротический лоскут и сшивают его крепко с концом *m. tensoris*. Затем боковыми швами скрепляют эту мышцу с соседними, закрывают кожную рану и накладывают гипс при согнутом и отведенном бедре. Гипс оставляют на 4 недели, после чего начинают осторожную гимнастику, которую проводят затем в течение 6 недель.

А. Алексеева-Козьмина.

д) Офтальмология.

272. *Определение чувствительности роговицы.* Для испытания чувствительности роговицы проф. *Somb erg* (*Zeitchr. f. A., Bd. 64, N. 3*) рекомендует поступать следующим образом: заставляют пациента при закрытых глазах смотреть несколько кверху и производят одновременно двухстороннюю пальпацию роговиц через закрытые веки кончиками указательных пальцев или мизинцев, применяя по возможности одинаковое давление. Если одна из роговиц окажется более чувствительной, то при скользящих движениях пальца по выпуклости века можно тотчас приблизительно определить место этой чувствительности. Для более точного определения локализации употребляется стеклянная палочка с закругленным концом, которая применяется для массажа конъюнктивы. Главной областью применения этого вспомогательного метода *Somb erg* считает исследование старых, плохо поддающихся лечению абсцессов, рецидивирующих эрозий и повреждений роговицы, вызванных инородными телами.

Е. Волженский.

273. *Пособие для зрения пресбиопов.* По *Elsner'y* (*Münch. med. W., 1928, № 3*) еще *Helmholtz* указал на интересный факт, что люди с недочетами зрения, особенно пресбиопы, часто могут ясно видеть и даже читать без очков, если они смотрят через небольшое отверстие или щель. Но это указание прошло как-то незамеченным, и теперь автор находит полезным напомнить о нем. Смотреть лучше всего через щель между указательным и средним пальцами, обращенными внутренней поверхностью наружу. Поразительно, как улучшается при этом зрение как вблизи, так и вдаль. Но, конечно, надо, чтобы освещение при этом было хорошее.

С. С—в.

274. *Табическая атрофия зрительного нерва.* Проф. *S. Behr* (*Zeitchr. f. Aug., V. 60, N. 6*) на основании анатомических исследований приходит к заключению, что при табической атрофии зрительного нерва эндотоксина спирохэтии первоначально вызывают нарушение не только маргинальных, но и паренхиматозных пучков глии; вторичным следствием является расстройство питания подлежащих нервных волокон, которые через это подвергаются дегенерации до окончательного их распада. Активная терапия, по его мнению, может привести спокойный и медленный процесс к вспышке и бурному развитию и вместе с тем более или менее сносную зрительную способность — к продолжительному и полному упадку. В своих свыше ста случаях табической атрофии зрительного нерва он ни разу не видел от нее не только излечения, но даже и улучшения, так как во всех прогрессивных случаях рано или поздно наступал упадок функции. Из антисифилитических средств он считает сальварсан опаснее ртути вследствие быстрого умерщвления и распада спирохэты; даже висмут может произвести ухудшение функции, равно и неспецифическая *Reiz*-терапия. При лечении малярией ни в одном из 8 случаев табической атрофии зрительного нерва улучшения зрения не наступило. В виду указанных результатов активной терапии автор предпочитает ей выжидательное лечение, дабы избежать невозвратных ухудшений.

Е. Волженский.

275. *К лечению глаукомы.* В тяжелых случаях воспалительной глаукомы, когда лекарственное лечение не в состоянии понизить внутриглазное давление, *C. Safar* (*Ztschr. f. A., Bd. 64, N. 3*) предлагает производить базальную иридэктомию, предпочитая ее как широкой тотальной иридэктомии — в виду опасности при последней экспульсивного кровотечения, самопроизвольного выпадения линзы