

sup. вместе с небольшим костным островком. Затем в средней ягодичной мышце на уровне sp. post. sup. продельвается 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 продельвают небольшое ложе и прикрепляют туда костный островок с концом m. tensoris f. latae. Если притянуть конец мышцы не удастся, 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. Comberg (Zeitschr. 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 Comberg 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 хоршее.

С. С—в.

274. *Табическая атрофия зрительного нерва.* Проф. C. Behr (Zeitschr. f. Aug., B. 60, N. 6) на основании анатомических исследований приходит к заключению, что при табической атрофии зрительного нерва эндотоксины спирохэт 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 спирохэт; 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, С. 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