

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, *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

и потери стекловидного тела, так и трепанации склеры по Elliot'y—в виду возможности при ней поздней инфекции. По отделении конъюнктивального лоскута сверху до лимба передняя камера вскрывается коновидным ножом на 2 мм. позади лимба, до появления кончика ножа в камере; затем, после медленного выведения ножа обратно и небольшого опорожнения влаги передней камеры, выпадающая при этом периферическая часть радужки иссекается с сохранением зрачкового края; легким массажем через верхнее веко зрачковый край радужки вправляется обратно, и операция заканчивается закрытием маленькой ранки, около 2—3 мм. ширины, конъюнктивальным лоскутом, который во время операции вертикально удерживается помощником.

Е. Волженский.

е) Акушерство и гинекология.

276. *Об акушерских переломах.* Таковых Кефер (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6) наблюдал 20. Перелому во время родов подвергались исключительно бедро, плечо и ключица, большую частью в диафизарной части. Обычно надкостница при этих переломах бывает цела вследствие своей прочности и значительной толщины и облегает отломки костей наподобие муфты. Кости новорожденных, бедные солями, менее хрупки, чем у взрослых, и не образуют острых концов; благодаря этому переломы происходят по типу „fractures en bois vert“ („перелом зеленой веточки“), без смещения по длине и бокового, а просто перегибаются под углом. Кроме того мышечная ретракция у новорожденных бывает выражена слабо. Все это предохраняет отломки от смещения. Сращение наступает скоро,—уже чрез 3—4 дня образуется хорошая костная мозоль, которая в течение 8—9 дней пластична и хорошо поддается моделировке. Выполнив свое назначение, мозоль быстро рассасывается. Лечение переломов бедра сводится к прибинтовыванию сломанной ножки к животу в отведенном положении; переломы плеча лечатся прибинтованием ручки в вытянутом положении к туловищу, причем под мышку кладется валик; перелом ключицы не требует врачебного вмешательства. Массаж вреден, ибо ведет к избыточному увеличению костной мозоли. Гимнастика также не нужна.

Н. Киттенко.

277. *Хроническое раздражение, как причина рака матки.* Дуас (Journ. A. M. Ass., 1928, № 6) наблюдал случай рака маточной шейки, развившегося в результате 7-летнего пребывания внутри матки металлического пессария, вызвавшего на 6-й год гнойные, дурно пахнущие выделения, которые и привели больную к врачу.

Н. К.

278. *Лечение климактерических расстройств рентгеновским освещением щитовидной железы и гипофиза по Bora'k'y* проводил Porchow'nik (Stralenth., Bd., 24, Н. 4). Гипофиз освещался с обеих сторон по $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ НЕД с фильтром в 0,5 mm. Cu+1 mm. Al. В случаях гипертрофии щитовидной железы на область ее давалась $\frac{1}{4}$ НЕД. Сеансы повторялись через 3 недели. Во всех случаях, кроме 2 случаев преждевременного климактерия, автор получил хорошие результаты после того, как все другие методы лечения к цели не привели: два случая с климаксами дали излечение после освещения яичников. Автор думает поэтому, что при климаксах яичниковая функция вполне не выключается, а потому здесь нельзя говорить о гиперфункции гипофиза в смысле Bora'ka.

А. Т.

279. *Гистологические изменения матки и яичников под влиянием рентгеновских лучей.* Superbi (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII) на основании исследования леченных рентгеном миоматозных и метритичных маток и соответственных яичников приходит к заключению, что степень разрушения фолликулов х-лучами зависит от индивидуальной чувствительности, причем параллельно атрофии фолликулов идет разрастание клеток thecae. Склеротические изменения в сосудах автор не считает прямым результатом действия лучей,—возможно, что сосуды повреждаются липоидами, которые освобождаются в процессе интенсивного распада клеток. В противоположность нормальной мукосе матки, которая довольно устойчива к лучам, при миомах наблюдаются под влиянием х-лучей склероз, некрозы и гиалиновая дегенерация, причем, по мнению S., здесь имеет место и прямое действие лучей. Подслизистые миомы должны служить противопоказанием к применению рентгенотерапии.

А. Тимофеев.

280. *Результаты радиотерапии в институте „Radiumhemmet“ в Стокгольме.* Westmann (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII) сообщает о ре-