

ча потери стекловидного тела, так и трепанации склеры по Elliot'у—в виду возможности при ней поздней инфекции. По отделении конъюнктивного лоскута сверху до лимба передняя камера вскрывается копьевидным 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. Срошение 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 Ворака'у* проводил Рогшоуник (Stralenth., Bd., 24, Н. 4). Гипофиз освещался с обеих сторон по $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ НЕД с фильтром в 0,5 мм. Cu+1 мм. 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 климаксах раесах дали излечение после освещения яичников. Автор думает поэтому, что при климаксах раесах яичниковая функция вполне не выключается, а потому здесь нельзя говорить о гиперфункции гипофиза в смысле Ворака'а.

А. Т.

279. *Гистологические изменения матки и яичников под влиянием рентгеновских лучей.* Superbi (по Ver. 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 thesae. 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 Ver. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII) сообщает о ре-

зультатах радиотерапии при раках влагалища, частота которых среди других раков половой сферы не превышает 2%. Всего лечен 21 случай. В большинстве случаев это были плоскоэпителиальные раки, располагавшиеся в заднем своде рукава; иногда их трудно было отличить от вторичных раков, перешедших с *portio*. Чаще всего первичные раки рукава встречались в возрасте 30—40 лет. В качестве предрасполагающего момента автор указывает на пессарии и пролапсы. В 12 сл. была проведена чисто-радиевая терапия, в остальных радиотерапия комбинировалась с рентгенотерапией, причем трубочки с радием, из свинца в 3—4 мм., вводились в вагину, матку и *gestum*. Доза равнялась 1500—2500 mgr.-часов. Среди леченных больных свободными от рецидива от 1/2 до 1 года оказались 5, 2 года—4, 3 года—3, 4 года—5,5 лет—2 и свыше 5 лет—2 больных. Таким образом радиотерапия при раках рукава дает лучшие результаты, чем оперативное лечение, при котором, по J a s c h k e, получается 90% рецидивов. Н e u m a n (ibid.) дает отчет о лечении раков маточной шейки за время 1914—1921 г.г. По этому автору плоскоэпителиальные раки дают лучшее предсказание по сравнению с цилиндроклеточковыми. Радий, в трубочках D o m i n i c i, вводился в матку в количестве 40,1 mgr., во влагалище—в количестве 70 mgr. Максимальная доза при введении в матку была 2640 mgr.-часов, в рукав — 4500 mgr.-часов. Второй сеанс был через неделю после первого, третий — через 3 недели после второго. 4500 mgr.-часов при трехсеансовом лечении можно заменить концентрированным освещением в 4000 mgr.-часов в два сеанса. Число больных, свободных от рецидива в течение 5 лет, превышает у него 40,5%. На 505 леченных случаях первичная смертность от перитонита и сепсиса выражается в 6 смертей. Для неоперабельных случаев излечение в течение 5 лет достигнуто в 16,6%. А. Тилофеев.

ж) Эвротология и психиатрия.

281. О хордомах. Эта редкая опухоль, описываемая Еленевским и Мельниковым (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6), наблюдалась до сих пор всего 84 раза: 45 раз была краниальная хордома на *clivus Blumenbachii*, 37 раз—каудальная и 2 раза—позвоночная. Краниальные хордомы представляют собою иногда доброкачественные опухоли величиной с орех, сидящие в области *clivus* на экзостозе и прорастающие в твердую мозговую оболочку к *pons Varolii*, иногда злокачественные,—последние отличаются большими размерами и разрушительным ростом, узурпируют кость, внедряются в *clivus*, проникают в глотку, вростают в придаток мозга и чрез 1—5 лет ведут к смерти; клинически характеризуются эти хордомы болями в затылке, невралгическими болями от сдавления G a s s e r'ова узла, рвотой, бредом и стойным соском. Среди каудальных хордом можно различать: 1) антесакральные—располагающиеся между крестцом и прямой кишкой, прощупываемые чрез последнюю, отличающиеся своим быстрым ростом, сдавливающие тазовые органы и затрудняющие дефекацию и мочеиспускание, а также вызывающие невралгические боли; 2) ретросакральные—лежащие позади крестца, достигающие размеров головы взрослого, очень злокачественные, дающие метастазы в печень, прорастающие крестец и врастающие в спинномозговой канал; 3) центральные крестцовые—расстраивающие функции тазовых органов и вызывающие невралгические боли. Патолого-анатомическая картина как доброкачественных, так и злокачественных хордом существенной разницы не представляет: те и другие состоят из сероватой, студенистой, полупрозрачной, содержащей нередко кисты ткани. Лечение—оперативное, причем злокачественные хордомы после операции обнаруживают склонность к рецидивам. Н. Киптенко.

282. К лечению нервной аэрофагии. Проф. J. H. Schuitz (Deut. med. W., 1928 № 3) указывает на то обстоятельство, что причиной развивающейся одновременно с приемом пищи тимпание желудка со всеми обусловливаемыми ею расстройствами надо считать во многих случаях отсутствие координации между глотанием и дыханием,—то, что аэрофаг перед и при каждом глотании делает глубокий, часто слышный вдох. Отсюда вытекает и способ лечения: путем упражнения, малыми глотками еды и питья надо приучить больного глотать только во время выдыхания, или предшествующей (гсп. последующей) ему дыхательной паузы. С. С-в.

283. Наркотическое действие табаку с прибавкою хлористого калия. S. D o n t a s и P. Z i s (Wien. kl. W., 1928, № 5) проверили сообщение одного курильщика гашиша, что взамен последнего он с успехом пользуется иногда смесью