

лись страдающими болями, уменьшающими их работоспособность. Автор утверждает, что прогноз данной болезни гораздо серьезнее, чем это можно было бы думать. Многочисленные случаи деформирующего артрита тазобедренного сустава, развивающиеся после болезни Perthes'a, показывают, насколько предрасполагает названная болезнь к развитию этой тяжелой деформации. *А. Алексеева-Козьмина.*

524. *Лечение болезней Perthes'a, Köhler'a и др.* Katzenstein (Zentr. f. Chir., 1928, № 30) предлагает для лечения этих болезней заполнять дефект под хрящем костным мозгом. Для этого он производит вскрытие костномозговой полости большеберцовой кости, двумя продольными, в 3 см. длиною, и одним поперечным, в 1½ см. длиною, разрезами, осторожно приподымает элеватором лоскут кости так, чтобы не надломить его, и берет костный мозг. В 4 случаях он имел очень хороший, длительный эффект от такого приема. *И. Циммес.*

525. *Об оперативном лечении привычных вывихов плеча.* Kellogg-Speed (Surgery, gynecology and obstetrics, 1927, № 4) предлагает следующий способ этого лечения: после вертикального разреза, идущего от клювовидного отростка до нижнего края m. pectoralis majoris, — причем у субъектов с сильно развитой мускулатурой эта мышца перерезывается поперек, у женщин же, обычно, достаточно бывает отодвинуть ее вниз, — доходят до нервно-сосудистого пучка и осторожно отводят его в сторону; затем отыскивают передний край суставной впадины и в нижнем ее отделе проделывают отверстие, в которое вставляют костный штифт, взятый из tibia; если представляется необходимым, то ушивают несколькими швами суставную капсулу; затем накладываются катгутыные швы на мышцу и апоневроз и шелковые на кожу, а в нижний край раны вводится маленький тампон. Рука прибинтовывается к туловищу. Через неделю разрешают движения предплечья, еще через неделю начинают движения и абдукцию плеча; вся повязка снимается через 3 недели после операции; движения абдукции постепенно увеличиваются до нормы. Преимущества данного способа: суставная капсула обычно не вскрывается, операция очень непродолжительна, функциональные результаты ее прекрасные вследствие ранней мобилизации сустава.

*А. Алексеева-Козьмина.*

### д) Офтальмология.

526. *Освещение ультрафиолетовыми лучами при глазных болезнях.* По наблюдениям Chambers'a и Mayes'a (Brit med. journ., № 3494) общее освещение кварцевой лампой, производимое дважды в неделю, при продолжительности сеансов от 3 до 20 минут, дает прекрасный эффект при некоторых глазных болезнях, особенно у детей. Достигаемое при этом улучшение общего состояния больных благотворно сказывается, напр., на течении блефароконъюнктивита и фликтенулезного кератита, особенно же хорошо действует это лечение при tbc конъюнктивите. Авторы рекомендуют применять его и в тех случаях, где остается раздражимость глаз после их повреждений. *Р.*

527. *Апикозан в глазной практике.* Благоприятное влияние пчелиных укусов при ревматических заболеваниях дало основание приготавливать (Pollack) из пчел aricosan (выпущенный в продажу лабораторией Wolfa в Билефельде, в ампулах по 1,0 к. с.). Применяется это средство в виде межмышечных инъекций в восходящих дозах, от 0,3 до 1,0, через 3—4 дня. Passow (Klin. Mon. f. Aug., Bd. 79), испробовав его в глазной практике, убедился, что оно приносит пользу при острых, а часто также и хронических ревматических придоинклинитах, а также, повидимому, при подагрических иритах. Смотри по случаю, требуется от 3 до 10 инъекций апикозана. При склеритах результаты менее утешительны. Лечение апикозаном может быть проводимо и амбулаторно. Неприятных побочных явлений не наблюдается, — даже при больших дозах автор мог отмечать лишь небольшие повышения t°. *В. Адамюк.*

528. *К лечению табетической атрофии зрительного нерва.* Ledeger (Ztschr. f. A., Bd. 64, H. 1½) приводит пять случаев табетической атрофии зрительного нерва, леченных им частью специфически и нуклеиновокислым натром, а главным образом инъекциями флогетана. Все случаи были им прослежены в течение 3—4 лет. В результате такого лечения в первом случае появилась возможность счета пальцев на 1½ метра в дотоле слепом глазу, зрение другого глаза не ухудшилось, поле зрения расширилось. Во втором случае, прослеженном 3 года, острота зрения и поле остались стационарными. В третьем случае, прослеженном в течение 5 лет,

начинающееся падение остроты зрения задержалось, поле зрения стационарно. 4-й больной при непродолжительном наблюдении ( $3\frac{1}{4}$  года) дал понижение зрения. 5-й больной, который был под наблюдением  $3\frac{1}{2}$  года, несмотря на разнообразное лечение, в том числе и прививками малярии, дал понижение зрения с 0,2—0,3 при начале лечения до счета пальцев на метр и  $1\frac{1}{2}$  метра к концу лечения.

Е. Волженский.

529. *Лечение табетической атрофии зрительного нерва.* Maucksch (Ztschr. f. A., Bd. 65, N. 6), основываясь на гистологических данных работы Behr'a о патогенезе табетической атрофии зрительного нерва, как дегенеративном процессе, происходящем в результате запустения питающих капилляров, в целях увеличения циркуляции крови и поднятия питания волокон зрительного нерва произвел опыт лечения табетической атрофии путем оперативного вскрытия решетчатой кости и клиновидной пазухи с последующим введением тампонов, смоченных в растворе атренина. В 4 из 5 случаев, ранее безрезультатно леченных специфическими средствами и прививкой малярии, ему удалось после применения ринологического лечения достигнуть некоторых результатов в смысле повышения остроты зрения и расширения поля зрения.

Е. Волженский.

### е) *Акушерство и гинекология.*

530. *Оригинальный способ электро-серодиагностики беременности* предлагает Kumagai (по Berich. u. d. ges. Gyn., Bd. 14). В крови беременных циркулируют специфические субстанции (антиген), образующие антитела против плацентарных белков, причем происходит заметное изменение электрического заряда антигена. Исходя из этого, автор советует готовить экстракт плаценты, прибавлять его к исследуемой сыворотке и пропускать через смесь электрический ток, наблюдая затем под микроскопом движение частиц к аноду. Без прибавления сыворотки эта скорость равна  $3,2 \mu$  в секунду, с прибавкой нормальной сыворотки она равна  $2,2 \mu$ , а с сывороткой беременных —  $1,0 \mu$  в секунду. Это уменьшение скорости движения частиц к аноду с большой вероятностью говорит в пользу диагноза беременности и бывает наиболее резко выражено между II и V месяцами последней, но впервые появляется уже вскоре после оплодотворения. Менструация этого феномена не дает. Пузырный занос и внематочная беременность дают положительную реакцию. Сифилитическая сыворотка тоже дает эту реакцию.

А. Т.

531. *Кантаридиновая реакция и беременность.* Spiegler (Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. 78, N.  $1\frac{1}{2}$ ) цитологически исследовал содержимое пузыря от кантаридного пластыря у беременных и считает возможным по содержанию в нем лимфоидных элементов, являющихся производными ретикуло-эндотелиальной системы, судить о резистентности организма. При нормальной беременности количество лимфоцитов заметно увеличено. В нескольких случаях эклампсии оно было резко понижено, а в 2 тяжелых случаях они даже совершенно отсутствовали. Таким образом при помощи этой реакции можно судить о состоянии местных защитных сил организма, связанных с ретикуло-эндотелием.

А. Тимофеев.

532. *Ранний диагноз невозможности родов при узком тазе.* Frey (Arch. f. Gyn., Bd. 132) на основании 2000 родов с 150 узкими тазами приходит к следующим выводам: если при сохранившейся еще portio и отошедших водах роды не подвигаются после 16-часовой родовой деятельности и общем числе схваток до 150, безусловно показано кесарское сечение; при частично же открытом зеве и отошедших водах можно ждать до 24 часов от начала схваток и общего числа их в 220 схваток. Если по истечении этого времени раскрытия не наступит, то роды без тяжелых повреждений матери и плода невозможны. Отдельные смертные случаи при sectio caesarea наблюдались именно тогда, когда открытия не наступило после 36—44-часовой родовой деятельности и 550 схваток.

А. Т.

533. *К этиологии рака матки.* По мнению Graves'a (Am. Journ. of surg., 1927) недостаточный отток маточного секрета является моментом, predisposing к развитию рака матки. Эта недостаточность оттока выделений половой канала может быть обусловлена сужениями, закрытием просвета или рубцами где-либо на его протяжении. Воспалительные и новообразовательные изменения являются не причиной, а следствием стенозов. Это особенно наглядно можно видеть в кишечном канале, желчном пузыре, грудной железе и на коже—езде, где встречаются