

71. *Люмбализация крестцового позвонка*, т. е. отсутствие спайки между I и II крестцовыми позвонками, по А. Léry (Presse Méd., 1925, № 102) встречается гораздо чаще, чем сакрализация V поясничного позвонка, или синостоз его с крестцом, но до сих пор она обычно просматривалась вследствие неумения считать позвонки и разбираться в рентгеновской картине. Люмбализация есть недостаток окостенения разделенных в детском возрасте крестцовых позвонков. В одних случаях при ней наблюдается асимметрия I крестцового позвонка, ведущая к сколиозу, в других—передняя часть тела позвонка выше задней, что вызывает соскальзывание I крестцового позвонка кпереди, влекущее, в свою очередь, и V поясничный позвонок, тогда как крестец наклоняется кзади. Благодаря этому образуется седловидная поясница, сопровождающаяся часто низким сколиозом, причем ягодицы выступают террасовидно кзади, а живот выпячивается вперед и свешивается между бедрами. Чрез стенки живота прощупывается круглый массивный выступ позвоночника. При наклонении кпереди седловидность неполно исчезает. Походка часто утиная, но без хромоты. Нередко у больных наблюдаются упорные, продолжающиеся годами боли, успокаивающиеся в постели при положении с согнутыми в коленях ногами и приподнятой верхней частью туловища, когда наилучше исчезает лордоз. Наиболее частая причина заболевания—травма.

Н. Киттенко.

72. *Сифилис нижней части позвоночника с синдромом cauda equina* представляет большие трудности для отличия от тbc спондилита. Guillaïn, Lescabelle и Pégon (Presse Méd., 1925, № 102) дают следующую картину этого заболевания: болезнь начинается болями в пояснице, бедре и в седалищной области с двигательными расстройствами и расстройством сфинктеров; в период полного развития бывают боли табетического характера и характера седалищной невралгии, сопровождающиеся парализмами, атрофией мышц, расстройствами чувствительности радикулярного характера, изменением электровозбудимости и исчезновением или ослаблением сухожильных рефлексов. Диагностика сифилиса ставится главным образом на основании отсутствия изменений позвоночника на рентгеновском снимке, положительный RW и желтого окрашивания спинномозговой жидкости, содержащей увеличенное количество, по сравнению с нормой, белка и клеточных элементов.

Н. Киттенко.

73. *Фиксация разболтанной лопатки*, по Maclaigey (Presse Méd., 1926, № 83) достигается путем пересадки костно-надкостничного трансплантата, помещаемого между внутренним краем лопатки и наружной поверхности ребра и пришиваемого проволочным швом. Отдаленные результаты, в смысле прочности и подвижности руки, при нем хороши.

Н. Киттенко.

е) Офтальмология.

74. *Трахома в Чувашской авт. области*. По данным И. К. Лукьянова (Проф. Мед., 1926, № 11) процент больных трахомой в населении Чувашской обл. колеблется от 70 (в Батыревском у.) до 23 (в Ядринском у.). Хуже всего то, что процент этот с каждым годом все растет, причем увеличение равняется 1% в год.

Р.

75. *Хининная амблиопия*. Наблюдения, произведенные С. М. Хордасом (Днепропетр. М. Ж., 1926, № 7—8) в одном случае этого рода, и обзор литературных данных по вопросу о хининной амблиопии привели автора к следующим выводам: 1) Попадая в кровеносную систему, хинин оказывает воздействие главным образом на конечные сосуды, вызывая резкое их сужение. 2) В зависимости от концентрации хинина в крови, зависящей в свою очередь от состояния желудочно-кишечного тракта, окислительной способности организма и абсорбции хинина ретикуло-эндотелиальной тканью, и независимо от величины принятой дозы в сосудистой системе глаза могут образоваться чрезвычайно стойкие изменения. 3) Вслед за этими изменениями в сосудах сетчатки возникают дегенеративные изменения ее элементов с последующей восходящей атрофией зрительного нерва. 4) Благодаря тому, что элементы первого нейрона почти исключительно обслуживаются капиллярами сосудистой оболочки, по мере приспособления области желтой ямки к исключительному питанию от хориокапилляров происходит восстановление центрального зрения, причем папилло-макулярный пучок зрительного нерва также сохраняется. 5) Плацента является защитительным барьером, не допускающим проникновения хинина в кровеносную систему плода. (В случае автора хининная амблиопия имела место у беременной на V мес., причем исследование глазок родившегося в срок ребенка никаких уклонений от нормы не обнаружило).

В. С.