

месяце беременности и имевших плохо развитые грудные железы, позволявшие рассчитывать на получение только половины количества молока, необходимого для нормального питания ребенка. Лечение проводилось в течение последних двух месяцев беременности; на девятом месяце каждый третий день им вводилось по 5000 интернац. единиц фолликулина, а на десятом — через такие же промежутки времени — 1000 единиц фолликулина + 5 мг прогестерона. В результате количество молока у леченных таким образом беременных женщин оказалось значительно повышенным по сравнению с контрольными и было вполне достаточным для исключительно грудного вскармливания ребенка.

Б. Иванов.

Ernst, S. *Лечение молочных свищей и мастита фолликулином.* (Zbl. Gyn. 1937. 1420—1421). Сообщение о хороших результатах лечения фолликулином молочных свищей после разрезов по поводу мастита. На основании этих результатов и полной безуспешности других методов лечения а. считает, что его наблюдения подтверждают как клинические, так и экспериментальные данные о задерживающем действии фолликулина на лактацию; при этом быстрый результат лечения позволяет говорить о непосредственном действии фолликулина на внутрисекреторные процессы при лактации.

Б. Иванов.

Hoffmann, F. *Лечение недержания мочи фолликулином.* (Zbl. Gyn. 1937. 4. 2545—2546). Экспериментальные исследования показывают, что фолликулин вызывает значительное повышение тонуса мускулатуры мочевого пузыря и что прекращение функции яичников в климактерическом периоде способствует развитию недержания мочи. На этом основании а. применил лечение фолликулином в ряде случаев климактерического недержания мочи, в которых произведенные до этого пластические операции не дали никакого результата. Во всех этих случаях вскоре после назначения фолликулина недержание мочи исчезло. Учитывая вместе с тем и результаты экспериментов на животных, а. указывает, что благоприятное действие фолликулина в этих случаях объясняется, по всей вероятности, повышением тонуса мускулатуры пузыря, и подчеркивает, что описываемый им способ может считаться лишь дополнительным к оперативному лечению недержания мочи в климактерическом периоде.

Б. Иванов.

б) Хирургия

Ochsner A., a. Lilly, C. *Обработка культи червеобразного отростка при аппендэктомии* (Surgery 1937. 2. 532—554). Перечислив применяемые до сих пор способы обработки культи червеобразного отростка и встречающиеся после их осложнения, аа. указывают, что в случаях с инфильтрированной и отечной стенкой слепой кишки единственным возможным способом, ввиду трудности погружения культи, является простая перевязка ее. В тех же случаях, где стенка кишки не изменена, они рекомендуют следующий способ: после тщательного ограничения брюшной стенки и полости брюшины влажными салфетками отросток извлекается корнцангом и отделяется от брыжейки после перевязки ее сосудов. У основания отростка круглой иглой накладывается кисетный шов из тонкого шелка, проходящий через подслизистый слой и захватывающий сосуды в стенке отростка. После этого на основании его накладывается три зажима; перерезка производится между средним и верхним. По удалении среднего зажима захватывают раздавленный конец отростка и, удалив нижний зажим, производят погружение неперевазанной культи и затем завязывают кисетный шов. Поверх него накладывают несколько Лембертовских швов и полностью перитонизируют брыжейку отростка.

Б. Иванов.

Stile, G. *Лечение упорных случаев язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; техника удаления gangl. coeliacum.* (Surg. Clin. W. Amer. 1937. 17. 1303—1311). А. считает, что причиной развития пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является гиперфункция адренало-симпатической системы, которая при безуспешности терапевтического лечения должна быть понижена оперативным путем. Описывается техника удаления ganglion coeliacum и денервации надпочечников. Удаление gangl. coeliacum производится в положении для нефрэктомии; разрез проводится вдоль края 12-го ребра до гребешка подвздошной кости. Денервация надпочечников производится из того