

134. *К лечению мочевого свищей у женщин.* Д. Н. Атабеков (Мочевые дефекты и свищи у женщин и оперативное их лечение, М., 1925) сообщает результаты оперативного лечения в 41 сл. мочевого свищей у женщин. Из этого числа пузырно-влагалищные свищи имели место в 28 сл., уретро-пузырно-влагалищные—в 10, полный разрыв уретры—в 1, мочеточниково-влагалищные свищи—в 2. Для зашивания первых автор рекомендует, кроме циркулярных разрывов кругом свища, проводить или крестообразный (для свищей, расположенных в области пузырного жома), или якоробразный разрез (для свищей, лежащих в переднем своде) рукавной стенки, возможно шире отсепаровывать мочевой пузырь и зашивать отверстия в пузыре одноэтажными узловатыми швами из шелка, накладываемыми в поперечном направлении. В послеоперационном периоде применение постоянного катетера он считает безусловно вредным для заживления раны (больная или мочится сама, или у ней моча выпускается катетером 1—2 раза в день). С якоробразным и крестообразным разрезом д-р А. оперировал 30 свищей (пузырно-рукавных и уретро-пузырно-рукавных), причем неуспех получился лишь в 1 случае. Из остальных 11 случаев в 5 операция была произведена по Trendelenburg'у (2 неуспеха), в 4—по способу расщепления (3 неуспеха), и в 2 случаях мочеточниковых свищей была произведена имплантация мочеточников в пузырь. Б. С.

135. *К технике операции вшивания мочеточников в кишку.* Проф. Н. Марков (Гин. и Ак., 1925, № 3) полагает, что высокая смертность после этой операции отчасти стоит в связи с недостатками ее техники. К числу таких недостатков он относит и предварительное непосредственное пришивание высепарованных мочеточников к кишечной стенке, которое рекомендуется Тиховым, и при котором может произойти сужение просвета мочеточников. Чтобы избежать его, автор рекомендует высепаровывать мочеточники не изолированно, а вместе с пластинкой брюшины (заднего листка широкой связки), около 8 сант. длиной, и 1 сант. шириной, и окружающей мочеточник клетчаткой. Нижний конец этой пластинки на протяжении 3—3½ сант. отделяется от мочеточника, после чего мочеточник (перерезанный) вместе с пластинкой переносится на боковую стенку кишки (прямой или сигмовидной), и оставшаяся в связи с ним часть пластинки пришивается к кишечной стенке несколькими швами. Затем продельвается отверстие в кишечной стенке, конец мочеточника проводится чрез него на глубину 3 сант., и отверстие зашивается 1—2 швами, не захватывающими мочеточника, а потом закрывается отделенной от мочеточника частью брюшинной пластинки. В. П.

### ж) Педиатрия.

136. *Холцистит и холелитиаз у детей.* Эти заболевания встречаются весьма редко у детей: Khautz наблюдал их всего 15 раз. Gehwolf (реф. Journ. de chir., 1925, № 3) сообщает новое наблюдение этого рода: мальчик 8 лет, с 1-го года жизни страдавший поносами, сильными коликами и отсутствием аппетита, 8 дней тому назад неожиданно заболел сильной диарреей и болями внизу живота с правой стороны, сопровождавшимися рвотой и задержкой стула и газов. Ребенок очень слаб, бледен; метеоризм, сильная чувствительность в точке Массе-Венгера, дыхание поверхностное, пульс 124,  $t^{\circ}$ —37°. Распознан острый аппендицит. При операции оказалось, что appendix вполне здоров, выше же прощупывается растянутый желчный пузырь. Разрез в fossa iliaca был закрыт, и сделан новый разрез параллельно правому реберному краю. В этой области обнаружен ограниченный серозно-гноенный перитонит. В стенке пузыря в двух точках найдены некротические изменения, на уровне шейки—камень величиной с горошину. Холцистэктомия с дренажем. Выздоровление. Описав этот случай, G. советует не забывать в случаях сильных болей в животе у детей о возможности желчно-каменной болезни. П. Шидловский.

137. *Пневмококковый перитонит у детей.* Д. Г. Чубаров (Сов. Мед. на Сев. Кавк., 1925, № 11—12) на основании одного собственного наблюдения и разбора соответственной литературы находит, что пневмококковый перитонит следует выделить в отдельную нозологическую форму. Форма эта чаще наблюдается у девочек, чем у мальчиков, что стоит, повидимому, в связи с проникновением пневмококков в брюшную полость через женский половой канал. Протекает она у детей типично, причем повышения лейкоцитоза и отсутствия эозинофилов в крови при ней может и не быть. Наиболее характерными для нее являются особенности гноя.—довольно жидкая консистенция, бледно-желтый или желто-зеленый цвет, масса крупных пленок фибрина и, конечно, наличность пневмококков. В. С.