

смеси. Половина этого раствора употребляется для полоскания рта, другая половина принимается per os. Раствор дается 2—3 раза в день.

В. С.

473. *Действие уротропина*. И. М. П о р у д о м и н с к и й (Урология, 1926, № 12) убедился, что дезинфицирующее действие этого средства при обычно употребляемых дозах его зависит исключительно от освобождающегося из него формальдегида. Это распадение уротропина на его составные компоненты и отщепление формальдегида происходят лишь в кислой среде. Антисептическое действие уротропина для живого организма ограничивается дезинфицирующим действием содержимого лоханок и пузыря. Максимального использования уротропина можно достигнуть внутривенными вливаниями этого средства, благодаря которым, с одной стороны, удается избежать разлагающего влияния кислого желудочного сока, а с другой—назначать такие дозы, которые не могут быть назначены per os, не причиняя вреда желудку.

И. Циммерс.

д) Хирургия

474. *Искусственное образование пищевода*. Проф. В. Р. Б р а й ц е в (Zent. f. Chir., 1926, № 32) оперировал 12-летнюю девочку, вышедшую случайно едкой щелочью, после чего пищевод стал едва пропускать немного жидкости. Сначала больной была произведена гастростомия по К а д е р у. Затем, спустя 4 мес., было сделано вскрытие пищевода посредине левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы, и, по освобождении от рубцов, образован свищ пищевода. Следующий момент операции заключался в том, что проведен продольный разрез по левой прямой мышце тотчас под реберным краем, и вскрыта брюшина, после чего оператор, перекрестивши два пучка волокон прямой мышцы, образовал отверстие, через которое была выведена в виде конуса передняя стенка желудка у малой кривизны и cardii, так что конус находился как-бы в сфинктере: выделенная часть желудка была фиксирована к брюшной стенке. Спустя два месяца конус желудка был вскрыт, и края его сшиты с кожей; в это отверстие был вставлен резиновый дренаж, причем сфинктер крепко удерживал его. Следующая операция состояла в том, что двумя продольными разрезами, от ключицы и до конца реберного края, была вырезана полоска кожи в $3\frac{1}{2}$ пальца шириной, проходившая через грудную кость и несколько влево, на эту полосу был наложен резиновый дренаж в палец толщиной, и края кожи сшиты, так что образовался кожный туннель. Наконец, спустя три недели, был произведен последний момент операции: оба отверстия, как пищевода, так и желудка, были закрыты путем сшивания кожи, вырезанной по бокам и сверху для пищевода и конуса желудка, а снизу—для желудочного свища; образовавшиеся на этих местах окровавленные поверхности закрыты пластически или зажали per secundam. Всего от первой операции и до начала приема пищи через пищевод у больной прошло 8 месяцев. Рентгеноскопия показала, что жидкая барийная кашка скользит по искусственно образованному пищеводу и быстро проходит в желудок, не останавливаясь при переходе в него, плотная же пища проходит несколько медленнее, собираясь в небольшом количестве во входе в желудок и постепенно переходя в последний. Большая была продемонстрирована автором на XVIII Съезде Российских Хирургов.

И. Циммерс.

475. *Новая модификация anus praeternaturalis*. А. Н. К р у г л о в (Zent. f. Chir., 1926, № 32) описывает видоизменение способа L a m b r e t t', примененное с успехом в 5 случаях в клинике проф. Н. Н. П е т р о в а. Особенность этой модификации заключается в том, что, после обычного выведения наружу петли кишки, не вскрывают последнюю, а окружают кожным лоскутом, что несколько не влияет на движение кишечного содержимого; лишь после приживления кожного лоскута в кишке (спустя 12—18 дней) просвет последней вскрывается. На основании исследований на 18 трупах автор убедился, что выгоднее всего для питания кожного лоскута, если он будет с широким основанием, направленным кнутри и книзу. Т. о. операция наложения противоестественного заднего прохода в этой модификации состоит в следующем: проводится кожный разрез параллельно и поверх дупартовой связки, как при обычной операции anus praeternaturalis; этим разрезом вскрывается брюшная полость и осматривается S romanum; при неподвижности последней и инфильтрации в связи с опухолью накладывается обычный anus praeternaturalis, если же S romanum хорошо подвижно, то она извлекается из брюшной полости, в брыжейке ее близ кишки перевязываются и перерезаются 3—4 сосудистых ветки, и делается отверстие, пропускающее 2—3 пальца. После того берется лоскут кожи на ножке, ширина и длина которого должна соответствовать

объему кишки (ширина, однако, должна быть не менее 8 сант.), обводится по окружности кишки и прикрепляется в отверстия брыжжейки. Извлеченная кишка фиксируется несколькими швами к париетальной брюшине и фасции. Кожный дефект стягивается несколькими швами. Таким образом $\frac{4}{5}$ извлеченной кишки со всех сторон оказываются покрыты кожей, и только на неокруженной стороне выдается узкая полоса кишки, которая вскрывается во второй момент, после приживления кожной раны.

И. Цимхес.

476. *Хирургическое лечение хронических запоров.* Проф. Finstereger (Wien. kl. Woch., 1926, № 32) предлагает для этой цели, вместо дающей слишком высокую первичную смертность полной экстирпации толстых кишек (colectomia totalis) по Lane,—частичную их резекцию, особенно в форме удаления левой половины толстых кишек, от середины colonis transversi до colon pelvinum. Такую частичную резекцию он произвел у 40 больных, в том числе у 39 взрослых и одного ребенка 9 лет, причем смертельный исход операция имела в 2 случаях—у ребенка и одного взрослого, где собственно была произведена не частичная, а полная colectomia. У перенесших операцию больных отдаленные последствия вмешательства оказались вполне удовлетворительными, особенно в случаях, где резецирована была левая половина colonis, каковую операцию автор и признает типичной: операция эта давала хорошие отдаленные результаты не только там, где она была произведена по поводу megacolon, но и там, где она производилась по поводу спастических запоров. Менее удовлетворительный эффект получился при резекции слепой кишки и colonis ascendens.

В. Сергеев.

е) *Офтальмология.*

477. *Аутосеротерапия трахомы.* Angelucci (Arch. d'opht., v. 42, № 9), применив у ряда трахоматозных больных впрыскивания собственной кровяной сыворотки этих больных в количестве 1—1½ куб. с. pro dosi, с промежутками в 2—3 дня, остался в общем доволен полученными результатами. Особенно хорошо поддавались аутосеротерапии осложнения со стороны роговицы: уже после 1—3 впрыскиваний инфильтраты в роговице рассасывались, боль, светобоязнь, слезотечение исчезали и пр. Труднее поддавался лечению самый трахоматозный процесс, хотя после 10—13 впрыскиваний и здесь наблюдался заметный эффект в виде уменьшения гиперпластических процессов со стороны конъюнктивы.

А. П.

478. *К лечению трахомы.* Merhoff (Zeit. f. Augenh., 1926; по реф. Врач. Об., 1926, № 8) в 15 случаях трахомы получил очень хорошие результаты от внутривенных инъекций 4% раствора сернокислой аммиачной меди. Раствор, который всегда должен быть свежеприготовлен на дважды дистиллированной воде, впрыскивался в количестве 1½—1 куб. сант., ежедневно или с промежутками. Улучшение получилось как субъективное, так и объективное.

В. С.

ж) *Акушерство и гинекология.*

479. *Трихомонады влагалища.* Schmidt и Kamnicker (Arch. f. Gyn., Bd. 127), исследовав влагалищный секрет у 153 женщин, в 69,9% обнаружили в нем присутствие трихомонад. Интересно, что последние были встречены не только в кислом секрете, как это можно было бы думать на основании литературных данных. Для исследования их авторы рекомендуют соскабливать влагалищную стенку петелькой и затем окрашивать соскоб по Gram'у. Чистые культуры трихомонад получить до сих пор не удалось. В рукаве трихомонады обычно встречаются в симбиозе с бактериями, особенно с trichococcus gazogenes. Патогенная роль их несомненна: наличие их в рукавном секрете резко отражается на заболеваемости в пuerпериальном периоде. Для лечения трихомонадного кольпита можно применять спринцевания с ас. lacticum или смесью сернокислого Zn с квасцами.

В. Груздев.

480. *К определению способности женщины кормить.* Исследовав установленную Moll'ем и подтвержденную Хохлавым¹⁾ связь между т' грудной железы и секреторною способностью ее, Т. Абрамсон (Вр. Г., 1926, № 15—16) убедился, что, если у женщины в периоде лактации разница между температурами под грудью и in axilla равна 0,3° и выше, то такая женщина без-

¹⁾ К сожалению, автор,—как это нередко водится у нас,—совершенно игнорирует работу последнего, помещенную в „Каз. Мед. Ж.“, 1925, стр. 1164. *Ред.*