

объему кишки (ширина, однако, должна быть не менее 8 сант.), обводится по окружности кишки и прикрепляется в отверстия брыжейки. 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 pelvium. 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'em и подтвержденную Xохловым¹⁾ связь между грудной железой и секреторной 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.*