



Рис. 2. Зашивание уретро-вагинального свища. Свищевое отверстие и снятый влагалищный лоскут изображены для ясности значительно увеличенными.

теkania мочи нормальным путем, но также достигли и другого, более важного эффекта, — полного восстановления функции мочевого пузыря и устранения наиболее тягостного для больной симптома — недержания мочи. Последний эффект с несомненностью практически подтверждает справедливость анатомических исследований *Kalisher'a* и *Zangemeister'a* о наличии двух сфинктеров мочевого пузыря, из коих главное значение и более мощное действие принадлежит как раз не собственному сфинктеру пузыря, а тому мышечному аппарату, который заложен в задней части уретры и гл. обр. в задней ее стенке.

Временное недержание мочи у родильниц зависит также, вероятно, от сдавлений, ушибов, разможжений этого же аппарата во время родов, что приводит к временному ослаблению или выпадению функции последнего.

Из глазной клиники Киевского государственного клинического института для усовершенствования врачей. (Директор клиники — профессор А. Г. Васютинский).

К вопросу лечения трахомы и бленорреи гонококковым антивирусом¹⁾.

Врача И. Е. Наймарка.

В журнале „Архив Офтальмологии“, т. V ч. I от 1928 г. появилась статья проф. Беляева „О современном состоянии вопроса лечения трахомы“. В этой статье автор останавливается на методах лечения последнего времени и в конце делится своими клиническими наблюдениями над влиянием на трахоматозный процесс гонококкового антивируса по Безредко. Ознакомившись с сообщением *Abadie*, когда последний прикладывал в одном случае трахомы с паннусом гной, который он взял у ребенка с *blenog. neonatorum*, с хорошим результатом, автор, исходя из тех соображений, что на трахомный возбудитель имеются указания, как на инволюционную форму гонококка (*Herzog*), не рискнул

¹⁾ Доклад на заседании глазной секции Киевского единого научного мед. о-ва 24/XII 1929 г.

все же прикладывать гной *per se*, как это сделал Abadie, ибо он боялся привить вторичную инфекцию, а прибег только к гонококковому антивирусу по Безредко. Результаты этого метода лечения были настолько хороши, в особенности по отношению к паннусу, что за последнее время во всех трудных случаях, он пользовался исключительно им.

Профессор Безредко, основатель этого метода лечения, влияние антивируса рассматривает под углом зрения содержания в фильтрате веществ, парализующих деятельность микроорганизма, но не обладающих токсичностью, как показывают пробы всprыскивания фильтрата животному, которые проходят безвредно. Кроме того, это вещество (antivirus) также специфично, ибо парализующего действия его, например, на стафилококк, фильтратом культуры другого микроба не наблюдается. Саггер впервые прикладывал антивирус при различных повреждениях органа зрения (ранения роговицы и т. д.) с хорошими результатами. В литературе последнего времени, мы часто встречаемся с применением стафилококкового и стрептококкового антивируса при различных заболеваниях глаз (Натансон, Базилевская и т. д.) с различными выводами.

Проф. Беляев указывает, что хотя он далек от мысли выступить в защиту предложения Herzog'a, что возбудитель трахомы есть инволюционная форма гонококка или близко стоящего к нему микроба, однако, принимая во внимание теорию Безредко про строгую специфичность фильтрата, невольно встает вопрос: не есть ли это в самом деле так, тем более что и диплоидная палочка Noguchi обладает некоторыми специфичными особенностями (рост на кровяных средах, диплоидность), которые свойственны в некоторой степени и гонококку Neisser'a (хотя бы частично), ибо иначе трудно объяснить действие гонококкового антивируса на трахоматозный процесс.

Проф. А. Г. Васютинский предложил мне испробовать гонококковый антивирус при лечении трахомы и поделиться своими впечатлениями о влиянии на трахоматозный процесс гонококкового антивируса. Всего у меня было 11 случаев: из них 9 больных с резко выраженным *pannus trachomatousus*, 2 больных с *blephr. neonatorum*. Из числа 9 трахомных—2 больных было с *ulcerae corneae ex panno*. Способ прикладывания антивируса был такой: один глаз (контрольный) лечили обычным способом, второй гонококковым антивирусом: ежедневно в конъюнктивальный мешок вводили несколько капель его, а когда были осложнения со стороны роговицы накладывали повязку, которая была смочена антивирусом. Результаты этого метода лечения были хорошие, особенно в отношении паннуса. Улучшение процесса было как субъективно: светобоязнь отсутствовала, так и объективно—роговица прояснялась, паннозные сосуды бледнели и почти отсутствовало отделяемое из конъюнктивального мешка. Я потом решил применить этот метод лечения и на *blephr. neonatorum*, однако я не рискнул исключить *argentum nitrici*, и здесь я также наблюдал резкое уменьшение отделяемого конъюнктивального мешка. Уже в первые 3—4 дня после его применения. В обоих случаях вместо отделяемого конъюнктива первые 3—4 дня очень кровоточила, а потом и это явление исчезло. Во время октябрьских праздников поликлиника была закрыта, и дети лечились у частного врача обычными прижиганиями. Когда их снова принесли

в амбулаторию, отделяемого было так много, как и в первые 2 дня начала лечения. Однако во всех 11 случаях я констатировал, что улучшение доходит до определенного предела и останавливается, несмотря на применение дальнейшего лечения. Испробовав этот способ, мы пришли к выводу, что это лечение симптоматическое, но оно может оказать великую услугу как подсобный способ при лечении трахомы и бленнорреи глаз новорожденных.

Литература: 1) Беляев. Архив офтальмологии, т. V, № 1, 1928 г.— 2) Безредко. Врачебн. обзор. 1925 г., № 1.— 3) Орлов. Русск. офт. журнал 1927 г., № 2.— 4) Филатов и Цыгуленко. Русск. офт. журнал 1927 г., № 2.— 5) Очаповский. Архив офтальмологии, том III, № 2.

Из Ото-рино-ларингологического отделения Богородицкой больницы.

О связи заболеваний глаза и слезопроводящих путей с патологией носа и его придаточных полостей.

Д-ра Крайндель.

Так как полость носа с придаточными полостями анатомо-топографически тесно связана с полостью глазницы, зрительным нервом и слезопроводящими путями, то вполне понятно, что те или иные патологические процессы, как в полости носа, так и в его синусах, весьма часто вызывают заболевания глаза, подчас весьма серьезные.

Слезно-носовой канал, проходя по латеральной стенке носа resp медиальной стенке Гайморовой полости и образуя выступ—*torus lacrimalis*—открывается в носу под передним концом нижней раковины, окутываясь густой венозной сетью, являющейся продолжением сильно развитой кавернозной ткани нижней носовой раковины. Поэтому при ринитах, в связи с набуханием кавернозной ткани нижних носовых раковин, неминуемо участвует и кавернозная ткань слезно-носового канала, что ведет к сужению его просвета (слезотечение), иногда с последующим внедрением в канал тех или иных, подчас весьма вирулентных микроорганизмов носовой полости, с образованием флегмоны слезного мешка. Даже простое набухание, гипертрофия, полипоз нижних и средних носовых раковин, т. е. все то, что механически суживает просвет слезно-носового канала, вызывая в нем венозно-лимфатический стаз, создает почву для поселения в канале носовой флоры иногда с образованием в венах тромба с последующим его распадом. Необходимо также отметить, что носоглоточные аденоидные разрастания, содержащие нередко в щелях инфекцию, расстраивают циркуляцию крови и лимфы в носу и способствуют попаданию носоглоточной флоры через нос в слезный канал.

Решетчатые клетки (*cellulae ethmoidales*), разделенные между собой посредством нежных костных пластинок, часто прикрывают слезную кость, вплотную прилегая к слезной ямке. Слезная кость, лежащая между слезной ямкой и решетчатыми клетками, бывает иногда срослена с *processus uncinatus* и часто имеет дегисценции, что способствует переходу воспалительного процесса *per continuitatem* с решеток на мешок. Кроме