

холи в некоторых случаях не влияет на рост и структуру последней, в других же стимулирует ее рост, ослабляя одновременно организм; поэтому применение данного способа должно ограничиваться исключительно неоперабельными случаями, для уменьшения болей. При вялых хронических трофических язвах невротомии по Молоткову, как правило, оживляет грануляция, вызывает обильную эпителиализацию и в короткое время приводит к заживлению ран.

И. Циммес.

367. *Отдаленные результаты хирургического лечения варикозных расширенных вен нижних конечностей.* Н. И. Блинов (Жур. Совр. Хир., 1927, вып. 1) приводит сведения о таких результатах у 50 больных, оперированных разными способами в клинике проф. Гессе. Наилучшие результаты дало полное удаление v. saphena magna на бедре и голени; при этом подкожная вена обязательно должна быть перевязана у самого впадения ее в бедренную, дабы не получилось слепого мешка из культи saphen'y; кроме того, обнаживши подкожную и бедренную вену, нужно смотреть, нет-ли еще добавочной saphen'y, которая, по наблюдениям Гессе и Шаака, встречается в 18% и перевязка которой дает быстро рецидив. Подкожную вену на голени необходимо по возможности иссекать до конца, т. е. до внутренней лодыжки.

И. Циммес.

368. *Грыжесечение и аппендэктомия.* Mermingas (Zentr. f. Chir., 1927, № 21) полагает, что при каждом правостороннем грыжесечении надо стремиться удалить червеобразный отросток; равным образом и при каждой аппендэктомии (предпринимаемой в холодном периоде) нужно заботиться о профилактическом закрытии внутреннего пахового кольца во избежание развития в дальнейшем паховой грыжи.

И. Циммес.

369. *О рецидивах колик после холецистэктомии.* Н. Нусек (Arch. f. Klin. Chir., Bd. 146, H. 1) на 263 холецистэктомии наблюдал 29 рецидивов колик; каковые рецидивы он объясняет спазмом или в желчных путях, или в соседних желудке и кишках. Происхождение первичных колик автор объясняет главным образом предрасположением организма и раздражением со стороны камней и пр.; могут здесь играть роль и нервные раздражители.

И. Циммес.

370. *О судьбе парафина, впрыснутого в ткани.* Вопрос этот до сих пор еще не вполне выяснен. Большинство исследований по данному вопросу основывается на материале, прослеженном сравнительно небольшое время. Д-р Кутепов (Журн. ушных, нос. и горл. бол., т. IV, №№ 1—2) имел случая исследовать парафиновую опухоль 2-летней давности. При этом оказалось, что впрыснутый в ткани человека парафин вызывает клеточную инфильтрацию; клетки дробят парафин на все более мелкие участки и постепенно рассасывают его; в итоге на месте парафина развивается соединительная ткань, постепенно склерозирующаяся и гиалинизирующаяся. Гигантские клетки не имеют решающего значения в процессе рассасывания парафина.

С. Яхонтов.

371. *Лечение ожогов.* По наблюдениям Я. М. Криницкого (Ленингр. Мед. Ж., 1926, № 8) лечение ожогов мазями и жирными маслами должно быть значительно ограничено. Из всех способов лечения их наилучшими являются либо сухой и притом по возможности открытый способ, либо влажный, с применением антисептических веществ. Сухому способу лучше всего поддаются ожоги I и II степени, полученные от пламени, кислот и кипящей воды; способ этот дает прекрасные результаты при ожогах больших поверхностей, если они не сопровождаются такими осложнениями, как нефрит и интоксикация. Влажный способ лечения, в форме ванн и компрессов из антисептических веществ (растворы марганцовокислого кали, риванола, таннина), заслуживает применения при всех степенях и формах ожогов, особенно при тяжелых формах и, в частности, при ожогах расплавленными металлами.

В. С.

372. *Раннее лечение сужений пищевода после ожога щелочами.* E. E. délyi (Mon. f. Ohr. u. Rhin., 60 Jahr, 7 H.) наблюдал за 3 года 151 новый случай этого рода, где он применил раннее лечение зондированием. У громадного большинства больных результаты получились удачные, и только в одном случае (на 189 проведенных) наблюдался смертельный исход. Предлагая раннее лечение, автор настаивает на том, чтобы при этом соблюдалась величайшая осторожность, исключая всякую схематичность. Малейший под'ем ⁰, расстройство общего состояния, боли в животе и спине, судороги во время или после зондирования—все это требует, чтобы зондирование откладывалось на более или менее продолжительное