

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. Цимлес.

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. Цимлес.

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. Цимлес.

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

И. Цимлес.

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. Egdélyi (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 подьем $^{\circ}$, 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

время. В большинстве случаев полное излечение достигалось уже после 5—6 недель. В случаях тяжелых, где, очевидно, повреждение коснулось не только слизистой, но и мускулатуры пищевода, и где яд проник и в желудок, излечение получилось частичное. В этих случаях необходима сугубая осторожность: лечение здесь надо начинать не раньше 6-го или 8-го дня, когда язвы от ожога во рту и глотке уже очистились, спонтанные боли утихли, и лихорадочные явления прекратились; толстый зонд здесь надо заменять тонким.

С. Яхонтов.

г) Акушерство и гинекология.

373. *Печень во время менструации.* Neumann (по Ber. ii. d. g. Gyn., Bd. XI, H. 14) у 30 женщин мог констатировать перед и во время менструации увеличение печени на 2—7 см. Наблюдения Heilida, что большинство женщин на 1-й—2-й день менструации на введение 100,0 сахаразы реагируют гликозурией и гипергликемией, автор подтвердить не мог. Исследование гемоклазических кризов автор производил так: после 5-часового голодания дается 200,0 молока, а через час производится исследование кровяного давления, подсчет лейкоцитов и определение лейкоцитарной формулы; кроме того автор изучал уробилинурию, определял глюкозу в крови и прodelьвал пробу с тетрахлорфтаleином. Все эти реакции показали, что никакого нарушения функции печени во время menses нет, или, если оно и имеется, то компенсируется соответственным увеличением этого органа. А. Т.

374. *Причины нарушений обмена веществ при беременности.* Loeser (Zentr. f. Gyn., 1927, № 4) исходит из того положения, что обмен веществ во всех тканях находится под влиянием общей инкреторно-вегетативно-психической системы, причем координированно действующие инкреторные и вегетативные аппараты находятся под регулирующим влиянием центральной нервной системы, а потому поддаются воздействию психических моментов. Ткани патологические, как раковая, а также плацентарная, в своем обмене веществ не зависят от указанных реагирующих аппаратов и характеризуются продукцией молочной кислоты. При быстром росте плаценты потребляется значительное количества сахара, также совершенно необходимого для роста карциномы, вследствие чего рост этой последней при беременности может задержаться. При ацидозах беременности, как и при диабете, первично нарушается углеводный обмен и лишь уже вторично, вследствие недостаточного сгорания сахара,—жировой. Причиной такого нарушения обмена автор считает изменения в печени и pancreas, вызванные дисфункцией плаценты. Ацидоз у беременных обуславливается кислотами двух родов—веществом из группы кетонов, как при диабете, и молочной кислотой. На содержание субстанций первой группы можно воздействовать инсулином, а на вторую инсулин не влияет. Во всяком нарушении обмена веществ у беременных следует видеть влияние кислотности организма, причем актуальная кислотность крови не нарушается, а только понижается способность ее к связыванию угольной кислоты. Автор обращает внимание на хорошие результаты, которые получаются при ацидозах беременных от применения инсулина. А. Тимофеев.

375. *Новый метод испытания функциональной способности почки у беременной* применил D'Aprile (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X) воспользовавшись пробой Nyiri. Техника последней такова: после опорожнения мочевого пузыря интравенозно вводится 10 куб. сант. 10⁰/₁₀ раствора natriumthiosulfat'a; втечение следующих 3 часов моча каждый час собирается и измеряется, и на каждые 20 куб. сант. ее прибавляют 1,5 животного угля, с которым ее и взбалтывают. Затем, после отфильтровывания угля, 10 куб. сант. фильтрата титруют 1/10 N раствором иода до появления синеватого окрашивания (1 куб. сант. 1/10 N раствора иода соответствует 15,8 mg. natriumthiosulfat'a). Автор говорит, что его данные с применением этой пробы у беременных соответствуют результатам, полученным Nyiri. А. Т.

376. *Изучение эклампсии*, произведенное Snoo (Berich. ii. d. g. Gyn., Bd. X) привело его к ряду заключений, формулированных им в 42 пунктах, из коих приводим наиболее важные. Эклампсия есть заболевание специфическое для беременности и связанное с задержкой в организме NaCl и повышением кровяного давления, без каковых не бывает припадков. Ни альбуминурия, ни повреждения почек не вызывают припадков. Причина наступления эклампсии sub partu не находится в зависимости от маточных сокращений, как таковых, а связана с наличием эмоцией, болевыми ощущениями и напряжением тела. Частое наступление