

органах, а мышьяк Solu-сальварсана в железистых (печень, щитовидная железа, надпочечники) и в костном мозгу.

Авторы считают, что попытка исследователей объяснить относительно меньшую токсичность Solu-сальварсана более быстрым выведением препарата из организма или меньшей органотропностью его не соответствует истинному положению вещей. Скорее этот факт можно объяснить тем, что Solu-сальварсан откладывается по преимуществу в обезвреживающих органах. Этим же, вероятно, объясняется и большая выносливость организма в отношении этого препарата.

П. Р.

### Хирургия.

Erich Kappert. *О легочных осложнениях после операции на желудке.* (Zentralbl. f. Chir. 1935, № 31). А. на материале 610 желудочных операций убедился, что большая часть послеоперационных легочных осложнений зависит от недостаточной предоперационной подготовки больных средствами, повышающими секрецию. По мнению автора, происхождение послеоперационных легочных осложнений не зависит от способа обезболивания. Для их предупреждения решающее значение имеет достаточно сильное и продолжительное повышение секреции. А. предложил перед каждой операцией давать атропин, а в отдельных случаях и повторно, во время операции. За  $\frac{1}{2}$  часа до операции вводится подкожно 0,005 Atropin'a. Для многокурящих субъектов и при продолжительных операциях — до одного часа — следует во время операции повторить дозу атропина.

И. Цимхес.

Prof. K. Mergingas. *Ампутации без потери крови.* (Zentralbl. f. Chir. 1935, № 31). А. уже в течение 4 лет производит ампутации в средней трети бедра следующим путем: сначала продольным разрезом на типичном месте производит обнажение art. et vena femoralis и лигирует их. Затем продолжает нижний край разреза в двух направлениях вперед и назад, образуя 2 лоскута. После отпрепаровки лоскутов производится перевязка мышц, рассечение седалищного нерва и распил кости. Подобным же образом автор производит на типичном месте перевязку сосудов при различных других ампутациях конечностей.

И. Цимхес

Priv.-Doz. Fr. Bernhard. *Спонтанный разрыв choledochus'a* (Zentralbl. f. Chir. 1935, № 31). А. описывает 2 случая, в которых спустя 5—8 недель после choledochotomi'i с введением дренажа и при неосложненном послеоперационном периоде произошел разрыв choledochus'a на месте дренажа и развился желчный перитонит.

И. Цимхес.

*К вопросу об оперативном лечении кист pancreas по методу Jedlick'a.* В 1921 году опубликован Jedlick'ом новый метод операции при кистах поджелудочной железы путем имплантации воронки кисты в заднюю желудочную стенку. В случае Polak E. (Zbl. f. Chir. 1935, № 8) у муж. 45 лет имелась истинная киста pancreas, развившаяся через 8 месяцев после резекции желудка по поводу язвы. Вначале применено вшивание стенки кисты в переднюю брюшную стенку и дренаж. Во второй момент операции, через 2 года, при вновь наступившем рецидиве кисты свищевой ход отсепарован, с трудом подведена стенка резецированного желудка и между ней и стенкой кисты наложен анастомоз. Выздоровление.

Г. Николаев (Архангельск).

*Кровотечение из варикозно-расширенных вен тонкой кишки.* Одной из причин кровотечений из желудочно-кишечного канала может быть кровотечение из расширенных вен пищевода при циррозе. W. Lutten (Zbl. f. Ch. 1935, № 8) наблюдал мужчину 40 лет, поступившего в клинику с явлениями прогрессирующего кровотечения из желудочно-кишечного тракта. Применена консервативная терапия, кровотечение остановилось. Через 3 недели произведенное рентгеновское исследование дало язвенную нишу на малой кривизне желудка. Под общим наркозом операция лапаротомии, язвы не найдено. Помня о возможности кровотечения из вен пищевода при циррозе, автор подробно обследовал печень, особых отклонений от Н не обнаружено. При ревизии тонкого кишечника найдено, что по всей тощей кишке расположены варикозно-измененные вены. При надавливании на них, под пальцем образуются гематомы. Других источников для кровотечения не найдено. Выздоровление.