

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.

В литературе существуют указания, что часто дают кишечные кровотечения гемангиомы, каверномы кишечной стенки. В 1933 году Fensterom описан случай, где причиной смертельного кишечного кровотечения были варикозно расширенные вены подвздошной и поперечно-ободочной кишек. Гистологическое исследование стенки вены показало отсутствие мускульных элементов и эластических волокон, что, по автору, указывает на несовершенство развития — как на причину варикоза. Прогноз в случаях кишечных кровотечений такого порядка остается серьезным.

Г. Николаев (Архангельск).

Е. Ranzi и Р. Huber. *Постоперативные тромбозы и эмболии* (Wien. kl. Woch., № 10, 1935). На основании статистики венских хирургических клиник приходится заключить о росте постоперативных эмболий за последние годы. Хотя было высказано немало предположений и теорий о причинах возникновения их, тем не менее вопрос этот окончательно еще не выяснен. Как мера профилактики рекомендуется — не соблюдать абсолютно покойного лежания после операции и вводить в организм побольше жидкости. Как на ранний симптом тромбоза авторы указывают на боль в подошвах (начинающийся тромбоз Rete venosum plantare). Нередко дают хорошие результаты пиявки. При септических тромбозах уместна лигатура. В очень тяжелых случаях авторы советуют применять эмболектомию на art. pulmonal. Но Trendelenburg'y. Сама операция технически не столь трудна, но однако трудно точно установить показания для нее, а также момент для ее производства.

Э. Леви (Ленинград).

Г. Р. Mils. *Случай оживления после 5-минутной остановки работы сердца*. (J. Brith. Med. 3864, 1935 г.). Во время произведенной у 58-летнего больного Gastrojejunostomi'i перестало биться сердце. Ни массаж самого сердца со стороны вскрытого живота, ни стрихнин, ни адреналин и корамин не помогли. Только после непосредственного впрыскивания в желудочек сердца 10 капель адреналина сердце тотчас начало биться; самостоятельное дыхание восстановилось лишь через 1/2 часа, а до того производилось искусственное. Полное сознание и способность речи восстановились через 48 часов, за этот период больной производил впечатление страдающего сотрясением мозга. Для наркоза был применен Percain интраспинально. Остановку сердца автор объясняет падением кровяного давления.

Э. Леви (Ленинград).

Лечение паравенозных инфильтратов. (D. m. Woch., № 16, 1935). За последние годы стали чаще наблюдаться паравенозные инфильтраты после неудачных внутривенных вливаний. Уже не говоря о том, что после этого наступают сильнейшие боли, часто отпугивающие больных от дальнейшего такого лечения, важно еще то, что такое осложнение, как паравенозный инфильтрат, нередко лишает больного на несколько дней трудоспособности. Имеется способ, уничтожающий или по крайней мере сильно ослабляющий последствия от такого неудачного вливания, это — предложенное еще в 1925 г. Dittlerom впрыскивание в место инфильтрата физиологического раствора хлористого натрия, разжижающего попавшее в паравенозную ткань лекарственное вещество. Но для этого нужно впрыскивать раствор NaCl в довольно большом количестве. Вместо NaCl еще лучше впрыскивать 1/2% раствор Novocain'a, имеющего кроме разжижающего еще болеутоляющее действие, что и выражается в моментальном прекращении боли. Во всяком случае, для наилучшего действия следует производить впрыскивание тотчас же, как только показался инфильтрат.

Э. Леви (Ленинград).

Токсикология.

Р. Witas. *Роль окиси углерода в отравлении табаком*. (Algérie med., № 71, 1933, по реф. журн. „Office International d'Hygiène publique“, № 4, стр. 733, 1934). Поглощенный в организм вместе с табачным дымом никотин является медленно действующим ядом с поздними последствиями, в то время как окись углерода производит более быстрые последствия и ведет к асфиксии. В этом отношении очень опасно, когда в закрытых, плохо проветриваемых общественных помещениях постепенно скопляется большое количество табачного дыма, а вместе с ним и окиси углерода. Для доказательства вреда окиси углерода проделаны опыты над белыми мышами, которые помещались под стеклянные колпаки в 15 литров объеме и меньше. При этом, во время некоторых опытов,