

тех случаях, когда технически упрощает и ускоряет операцию (эхинококковые кисты сальника, краевое расположение паразита в печени, эхинококк мышц).

Взгляд, что гидатидозный эхинококк чаще бывает одиночным, ошибочен. Результаты тщательного изучения собственного материала и отдаленных результатов позволяют говорить об обратном.

Рецидивы эхинококкового заболевания в подавляющем большинстве представляют собой просмотренные и не удаленные при первой операции кисты и являются следствием множественности эхинококковой инвазии.

Полно-всестороннее исследование больного до операции, тщательный осмотр во время последней не только пораженного органа, но и соседних, надлежащая апаратность операции — есть лучшая профилактика рецидива эхинококкового заболевания.

Тезисы диссертации врача В. М. Медведева на тему: „К вопросу о химической природе активного вещества, появляющегося в симпатическом узле во время раздражения его преганглионарных путей“, на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Защищена 27.II. 1941.

1. 933 F и никотин понижают реакцию симпатического узла, вызванную как электрическим раздражением преганглионарных путей, так и введением в ганглий „активного перфузата“ и ацетилхолина.

2. Это понижение одинаково только для эффектов, вызванных электрическим раздражением преганглионарных волокон и введением „активного перфузата“, но не для эффектов, вызванных введением ацетилхолина.

3. Атропин парализует возбуждающее влияние ацетилхолина на симпатический ганглий, однако он не изменяет реакции этого ганглия, вызванной раздражением преганглионарных волокон его или введением в сосуды узла „активного перфузата“.

4. Эзерин увеличивает реакцию симпатического узла, вызванную введением ацетилхолина, но не влияет на эту реакцию, вызванную раздражением преганглионарных волокон или введением „активного перфузата“.

5. Кокаин, сенсibiliзирующий периферические ткани к возбуждению симпатических волокон, также является веществом, сенсibiliзирующим симпатический узел к преганглионарному возбуждению и к введению „активного перфузата“.

6. Кокаин в одинаковой мере повышает ответ ганглиозных элементов как на электрическое раздражение преганглионарных волокон, так и на введение „активного перфузата“, но понижает ответ ганглиозных элементов симпатического узла на введение в артерию перфузируемого органа ацетилхолина.

Наши опыты противоречат представлению о том, что ацетилхолин является переносчиком возбуждения с преганглионарного на постганглионарный путь в симпатическом узле. Однако, с другой стороны, наши опыты подкрепляют предположение о том, что эта передача осуществляется при участии химического агента; но по своей химической природе этот агент скорее ближе к симпатину, чем к ацетилхолину.

Р е ф е р а т ы

а) Терапия

Schimert G. Лечение бронхиальной астмы малыми дозами меди. Dtsch. med. Wschr. 5. 124—126. 1940.

Наблюдения показывают, что маленькие дозы тяжелых металлов действуют возбуждающим образом на ретикуло-эндотелиальную систему и изменяют состояние аллергии. На этом основании 50 больных с бронхиальной астмой были подвергнуты лечению препаратом коллоидальной меди под названием Cupridium. Лечение начиналось с введения под кожу $1\frac{1}{2}$ см³ препарата, содержащего 5 γ меди. При отсутствии реакции через 3 дня такую же дозу вводили больному в вену. Инъекции то подкожно, то в вену, в зависимости от состояния больного, производились 2 раза в неделю, причем доза постепенно увеличивалась до 1 см³. В некоторых случаях применялся более концентрированный препарат коллоидальной меди, содержащий в 1 см³ 100 γ металла. Курс лечения продолжался 2 месяца. У 40% всех леченных указанным способом больных наступило полное и длительное исчезновение приступов бронхиальной астмы. В 34% случаев отмечено значительное улучшение. Н. Абрамова.

Palugay J. Рентгеновское лечение бронхиальной астмы. Wien. klin. Wschr. 39. 783—785. 1940.

На основании собственного опыта и литературных данных а. подтверждает положительный эффект рентгенотерапии бронхиальной астмы. Наилучшие результаты получаются при рентгеновском облучении легких (с включением гилюсов) и при ком-

бинированном облучении легких и селезенки. Лимфатическая ткань селезенки особенно чувствительна к облучению и легко подвергается клеточному распаду. В непосредственном облучении легких гесп. бронхов несомненную роль играет стимуляция секреции. В свежих случаях бронхиальной астмы реакция на облучение наступает чаще, быстрее и заметнее, чем в застарелых случаях с эмфиземой или хроническим бронхитом. Рентгенотерапия бронхиальной астмы противопоказана только при наличии туберкулеза. В целях максимально гомогенного облучения легких и селезенки применяются жесткие гомогенизированные лучи, причем 4-6 полей берется для грудной клетки и 2-3 для селезенки. Ежедневно облучается от 3 до 5 полей; каждое поле облучается 2-3 раза, единичные дозы равняются от 50 до 200 г. Курс лечения составляет от 200 до 400 г на поле и продолжается от 2 до 4 недель. По истечении 4-6 недель можно, а в случаях с благоприятной реакцией должно, проделать второй курс; в более упорных случаях следует испробовать третий курс лечения через 6-8 недель.

П. Альперин.

Iagic N. *Клиника и терапия сосудистых расстройств при бронхоспазме.* Wien. klin. Wschr. 46.929—939. 1940.

Острый приступ бронхиальной астмы ведет к острой легочной эмфиземе и к повышению нагрузки для правого сердца. Обычно у таких больных наблюдаются симптомы застойной печени. Под влиянием инъекции адреналина или астмолизина приступ быстро купируется, и все эти явления исчезают. Далее, у астматиков постепенно развивается хроническая эмфизема легких и правосторонняя гипертрофия сердца. Менее известны спастические состояния бронхиальной мускулатуры, которые не проявляются в виде типичных приступов астмы, а протекают в форме хронического катара бронхов, без каких-либо признаков инфекционного процесса (в легких). Распознаванию этих случаев помогает проба с адреналином, подкожное введение которого устраняет бронхоспазм и катаральные явления. Эту форму спастического катара бронхов можно рассматривать как замаскированную астму. В таких случаях также имеют место циркуляторные расстройства, дающие картину „эмфиземного“ сердца. Распознавание этой формы особенно важно для терапии, которая должна быть анти-астматической. Приступы бронхоспазма наблюдаются также при легочной эмфиземе другого происхождения, при различных сердечных, легочных, желудочно-кишечных заболеваниях, при желчных камнях и т. д. А. наблюдал у сердечных больных разного рода приступы одышки, которые соответствуют не столько картине типичной кардиальной астмы, сколько картине бронхиальной астмы, почему можно думать в этих случаях о вторичном бронхоспазме. Под влиянием адреналина или астмолизина одышка у этих больных исчезает. В лечении недостаточности кровообращения, развивающейся на почве повторных бронхоспастических состояний, наряду с кофеином, который одновременно является и антисептическим средством, находит свое место интермитирующее лечение малыми дозами дигиталиса (при тахикардической сердечной декомпенсации), внутривенное введение строфантина (тяжелая острая декомпенсация, сердечная астма или отек легких), применение мочегонных (сердечные отеки). Основную роль в лечении декомпенсации а. отводит покою и постельному режиму.

П. Альперин.

Bisgard a. Nye. *Влияние холода и тепла на состояние желудочно-кишечного тракта.* Surg. Gyn. Obst. 71.2. 171—180. 1940.

Холод и тепло с незапамятных времен применяются для воздействия на тонус и секрецию желудочно-кишечного тракта. Однако, до сих пор нет физиологических обоснований для этих вмешательств. Аа. пытались разрешить этот вопрос путем введения в желудок и кишечник резиновых баллонов, соединенных трубками с пишущим прибором, и регистрацией изменений давления в этих органах на кимографе. Исследования произведены как на здоровых (путем введения баллона через пищевод), так и на больных с кишечными свищами. Все исследования сделаны натошак через 30 минут после изучения нормальной перистальтики. Отмечено, что прикладывание грелок к брюшной стенке имеет следствием уменьшение перистальтики желудка и кишечника в течение 15-40 минут. Холод, наоборот, резко усиливает перистальтику в течение 20-50 минут и вызывает усиление желудочной секреции. Непосредственное приложение тепла или холода к стенке желудка (горячая вода, или лед внутрь) дает противоположные результаты — холод успокаивает, тепло усиливает перистальтику. Прикладывание льда к бедрам вызывает увеличение секреции желудка. Приведенные данные могут иметь большое значение для клиники, поскольку на основе этих исследований применение холода при остро-воспалительных процессах в брюшной полости и при пептических язвах кишок абсолютно противопоказано.

К. Маркузе.

Kutschera v. Aichbergen. H. *Упрощение и рационализация лечения дигиталисом.* Wien. Klin. Wschr. 28. 562—564. 1940.

А. дает практические советы для проведения терапии наперстянкой в домашних условиях. Прежде всего он рекомендует вместо дробных доз давать декомпенсиро-