

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, проделывать 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). Распознавание 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 антиастматической. 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 натоащ 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-