

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-

ванному сердечному больному ежедневно после обеда один порошок дигиталиса в 0,3 г.

Если наступает желательный эффект, то доза уменьшается двояким способом: либо до 0,2 г ежедневно, либо по 0,3 г 3-2 раза в неделю. При этом врачебный контроль может быть ограничен одним разом в неделю, если больной предупрежден, что при появлении расстройств он должен немедленно обратиться к врачу. При недостаточности лечения *per os* следует прибегать к ректальному введению дигиталиса в микроклизмах. Для этого применяются растворимые препараты дигиталиса, причем для максимальной всасываемости рекомендуется вводить их в теплом физиологическом растворе поваренной соли. Амбулаторный врач должен быть информирован относительно индивидуальной потребности и толерантности к дигиталису каждого сердечного больного, выписывающегося из стационара.

П. Альперин.

Heurke W. *Дифференциальный диагноз нарушений ассимиляции при спру и других кишечных заболеваниях.* Med. Kl. 14. 378—379. 1940.

Характерная картина спру часто смешивается с нарушениями усвоения жиров, имеющими совершенно другое происхождение. Для дифференциального диагноза необходимо тщательное исследование кала при пробной диете Шмидта-Страсбургера. При хроническом панкреатите нейтральный жир пищи, вследствие недостатка липазы, недостаточно расщепляется и поэтому в большом количестве содержится в кале, имеющем обычно желтую окраску. Кроме того, при этом заболевании из-за недостатка трипсина плохо перевариваются мышечные волокна. При тропической и эндемической спру в противоположность хроническому панкреатиту мышечные волокна и жиры хорошо расщепляются, но плохо переваривается крахмал. Так как крахмальные зерна расщепляются бактериями, то кал большей частью бывает пенистым и обнаруживает типичное брожение. При спру нарушено всасывание расщепленного жира, что, повидимому, находится в связи с расстройством функции эпителия кишечника. При желудочно-кишечных фистулах, вследствие кратковременного действия ферментов на пищу, плохо перевариваются все ее составные части, которые и обнаруживаются в кале. Жировой стул наблюдается также при базедовой болезни, туберкулезе мезентериальных желез и прекращении доступа желчи в кишечник, но остальные симптомы позволяют легко отличать эти заболевания.

П. Альперин.

Lewy F. *Физиологическое действие комплекса витамина В.* Confin. NeuroI. III. 1—2. 74—81. 1940.

Фракции витамина В-комплекса играют большую роль в углеводном обмене растений и животных, как энзимы. Для удаления из тканей пировиноградной кислоты необходима кокарбоксилаза, эфир фосфорной кислоты и тиамин, или витамина В₁. Есть данные за то, что тиамин принимает участие в превращении углеводов в жиры. Тиамин и холин оказывают противоположное воздействие на накопление и выделение жира печени. Количество холина в пище, повидимому, оказывает влияние на действенность тиамина. О значении недостаточности рибофлавина у человека известно очень мало. После разрушения надпочечников или поджелудочной железы заместительная терапия соответствующими гормонами при недостатке рибофлавина или тиамина не дает эффекта. Никотиновая кислота, прежде чем окажется действительной против пеллагры, должна в организме превратиться в козимазу I и II. Таким образом, все до сих пор известные компоненты витамина В-комплекса имеют существенное значение для клеточного обмена и дыхания вообще, хотя тиамин, повидимому, имеет особое значение для функций периферической нервной системы, а рибофлавин, никотиновая кислота и, возможно, витамин В₁ — для центральной нервной системы.

Е. Шмидт.

Stepp W., Diehl F. *Взаимодействие между вегетативно-эндокринной системой и обменом витаминов.* Med. Klin. 11 296—298. 1940.

Введение витаминов оказывает нормализующее влияние на патологически измененную вегетативно-гормональную регуляцию. При гипофизарной недостаточности с склонностью к спонтанной гипогликемии Дилю и Кирхману удавалось посредством введения комплекса витамина В и витамина С нормализовать гликемическую кривую после нагрузки глюкозой. Аа. изучали на больных с аналогичными патологическими кривыми сахара крови действие отдельных витаминов. Они установили, что комплекс витамина В обладает более сильной нормализующей способностью, чем витамин С, и что из отдельных факторов В комплекса витамина В₁, несмотря на его связь с углеводным обменом, лишен этой способности. Другие факторы — лактофлавин, амид никотиновой кислоты, В₆, оказывают нормализующее влияние на сахарные кривые. Эти опыты показывают, что для нормальной вегетативно-эндокринной регуляции необходимо достаточное насыщение организма витаминами.

П. Альперин.