б) Внутренние болезни.

Ковач. *Лечение вторичной анемии ультрафиолетовыми лучами* (Arch. of Physical Ther, X-Ray, Radium. Chicago, T. 18/XII 1937).

Автор взял под свое наблюдение 113 больных, страдавших вторичным малокровием. Был определен гемоглобин и изучена картина красной и белой крови. Никакого другого лечения не давалось, кроме облучения ртутнокварцевой лампой. Под влиянием этой терапии индекс гемоглобина стал заметно повышаться. Лучшие результаты наблюдались от применения полного спектра, менее эффективными оказались длинные фракции ультрафиолетовых волн, получаемых при помощи Корекс Д фильтра. Под влиянием ультрафиолетовой радиации увеличивалось и количество эритроцитов, независимо от той или иной фракции ультрафиолетового спектра. Возрастало также и количество белых кровяных шариков. *В. Дембская.*

Clark E. and Wright A. *Острый флегмонозный энтерит* (Archives of Surgery Vol. 34, № 6. 1937. июнь, стр. 997—1009).

Авторы описывают 2 случая острого флегмонозного энтерита, которые закончились смертью. В одном случае процесс локализировался в тощей кишке, в другом случае — в подвздошной. На основании подробного разбора патологоанатомической и клинической картины 41 подобного случая, собранного из литературы, автор считает клинику и патологическую анатомию острого флегмонозного энтерита довольно типичными. Инфекция кишечной стенки вызывается, по авторам, пиогенными микроорганизмами энтерогенного происхождения. Входные ворота инфекции удается обнаружить очень редко. В заключение авторы приводят случай, который они принимают за переходную ступень от острого флегмонозного поражения к хроническому неспецифическому воспалительному процессу тонкой кишки. *Маят.*

Lacciardi. *Средство против колотья в боку* (Presse Médicale 1937, № 88).

Колотье в боку — очень частый и порой очень мучительный симптом у туберкулезных больных. Общепринятые средства — банки, прижигания, иодная настойка, припарки и т. д. — оказывают обычно только временное действие. Некоторые средства небезопасны для туберкулезных больных, особенно при повторении (напр. банки могут вызвать кровохаркание). Внутренние болеутоляющие приносят тоже только временное облегчение. Автор применяет для облегчения этих болей внутрикожные инъекции $^1/_2$ — 1 см^3 дважды дестиллированной воды в самую болезненную точку, которую ему указывает больной. Инъекции производятся обычной иглой, которая вкалывается параллельно коже. На месте инъекции образуется белого цвета папула, окруженная эритематозной зоной. Жгучая боль после укола проходит через 2—3 минуты. Одновременно проходит и основная боль, обычно на длительный период времени. В редких случаях инъекции приходится повторять. *С. Элиасберг.*

Allen и Stokes. *К казуистике лечения крипторхизма и инсипидного диабета гравиданом* (J. Amer. med. Assoc. V 106. № 10, 1936).

Авторы приводят историю болезни 11-летнего мальчика, страдавшего крипторхизмом и инсипидным диабетом. С раннего возраста он обнаруживал склонность к ожирению. За последние три года стали обращать внимание на его умственную отсталость, на полиурию, полидипсию и ночное недержание мочи. Мальчик мочился чуть ли не каждые полчаса и в течение суток выводил от 6 до 8 литров мочи. У него имелся двусторонний абдоминальный крипторхизм и женское распределение волос над лобком. В течение двух последних лет его лечили различными препаратами передней и задней доли гипофиза, но особых результатов не добились. Авторы решили испробовать действие гонадотропной субстанции, выделенной из мочи беременных. В течение 60 дней пациент получил 25 подкожных инъекций гонадотропного гормона. После 15-го впрыскивания уже можно было прощупать яички в верхнем отделе мошонки. Однако вскоре они опять поднялись и скрылись в верхнем отделе канала. Постепенно прошли симптомы полидипсии, полиурии и ночного недержания мочи, и к концу первого курса оба яичка были уже в мошонке. Одновременно с этим можно было отметить прекращение апатии и успехи в умственном развитии. Вес пациента сбавился на 32 кг, в особенности заметно пошло на убыль ожирение в области гениталий. Надлобковые волосы стали расти по мужскому типу, и можно было нащупать до того не поддававшуюся пальпации предстательную железу. При проверке через 9 месяцев авторы не констатировали признаков рецидива. *В. Дембская.*