

Удаление аденомы парашитовидной железы дало полное излечение от явления гиперпаратиреонидизма, но не оказало никакого влияния на поражение почек.

*Е. Ауслендер.*

*Parturier. Печеночно-паращитовидный синдром.* (Rev. Fr. d'Endocrin, № 1, 1937). Автор полагает, что если имеется конституциональная недостаточность печени, то в противовес этому появляется гиперплазия парашитовидных желез. Эта гиперфункция эпиталиальных телец ведет к гиперкальцемии. Избыточный кальций, выделяясь через почки, кишечник, печень, образует в этих органах кальциевые камни. Кишечный литиаз особого значения не имеет, т. к. камни легко эвакуируются. Почечный литиаз обнаруживается, как только скопление песка или камень дает синдром закупорки.

Печеночный литиаз остается, обычно, длительный период латентным. Камень, находящийся большей частью в пузыре, ничем себя не проявляет, пока нет спазма пузыря. В действительности, после периода гиперфункции парашитовидных желез, наступает период гипофункции, обладающий спазмогенной способностью, т. е., иначе говоря, ведущий к печеночной колике. *Е. Ауслендер.*

*Siebesk. Тиреотоксикозы и Базедова болезнь.* (Dtsch. med. Wschr., № 1, 1937). В картине тиреотоксикозов на первом плане стоит дисфункция щитовидной железы; при этом следует иметь в виду, что последняя находится под влиянием центральной нервной системы и гормональных центров (напр., гипофиза), изменения которых оказывают влияние на течение и тяжесть заболевания. С тиреотоксикозами не должна смешиваться классическая картина Базедовой болезни. Тяжесть и прогноз тиреотоксикозов должны расцениваться в зависимости от общего состояния больных; основной обмен, частота пульса и т. д. не могут являться показателями в этом отношении. Лечение прежде всего должно состоять в создании больному спокойной обстановки и в тщательном уходе; из медикаментов наилучшее действие оказывает люминал. Подобное предварительное лечение имеет очень важное значение для получения результатов от последующих мероприятий. Во многих случаях помогает лечение иодом, но результаты его большей частью непостоянны; оно весьма полезно в качестве предварительного лечения перед операцией и при лечении наперстянкой. Амбулаторное лечение иодом бесполезно и опасно. При *total basedowismus* хороший эффект даст назначение больших доз иода (3 раза в день по 0,5 иоди-стого калия). Тяжелые случаи и случаи средней тяжести после успешного предварительного лечения должны оперироваться; противопоказаниями являются изменения со стороны органов кровообращения и не поддающееся лечению психическое возбуждение. Результаты рентгено- и радиотерапии непостоянны и нередко уступают длительным результатам оперативного лечения.

*В. Иванов.*

### *в) Внутренние болезни.*

*Spreber. Инсулин в терапии пептической язвы.* (Rev. gastroenterol. New-York V. 3, 1936). Автор применил инсулин для лечения пептической язвы у 20 пациентов, которые не поддавались диететическому режиму. В более легких случаях удалось устранить все симптомы, и рецидивы не наблюдались. Больных отпустили как клинически вылечившихся, хотя на рентгенограммах имелась деформация головки двенадцатиперстной кишки. В случаях повторного заболевания тоже получилось значительное улучшение. За одним пациентом, который выпал из клиники как излеченный, удалось установить наблюдение в течение 20 недель. Рецидива в течение всего этого времени не было, только в самое последнее время стал несколько падать аппетит. Один пациент со злокачественной язвой желудка стал обнаруживать под влиянием инсулина улучшение аппетита и подъем общего состояния, однако развившийся постепенно стеноз привратника свел на нет эти хорошие результаты. Больные с застарелыми осложненными язвами во многих случаях избежали при помощи инсулина тяжелой операции и восстановили свою трудоспособность. *В. Дембская.*

*Rutenbeck. Новое в лечении эссенциальной гипертензии.* (Kl. Wschr. V. 15. 26/III 1936). В качестве нового метода лечения эссенциальной гипертензии автор описывает краниocereбральный электрофорез, следствием которого является рефлекторная гиперемия мозга. В качестве активного медикамента он употреблял дериваты холина, силу тока доводил до 1,5 миллиампер. Каждый сеанс продолжался по часу и повторялся ежедневно или через день. Автор

применяя этот метод с большим успехом в тех случаях повышенного давления, которые сопровождались головной болью и головокружением. При бессимптомной гипертензии он к нему не прибегал.

Picard, Perrin и Franck. Септицемия, вызванная „bacillus fragilis“ с кишечным кровотечением и абсцессом печени. (Bull. et mèm. des Hôp. de Paris, № 25, 1936). Авторы, приводя свой случай, считают, что септицемии, возбудителем коих является bacillus fragilis, очень редки. Больная, 35 лет, родила 8-месячный мертвый плод, так как беременность была прервана острым желудочным заболеванием с диарреей. Б-ная поступила в больницу на следующий день после родов с очень высокой температурой, но без озноба. Жалобы на боли в эпигастрии, с иррадиацией в правое подреберье, и на диарею (4—5 раз в день). Явления усиливались, поносы стали чаще, появилась рвота. На 7-й день обильное кишечное кровотечение, после которого было произведено переливание крови. Живот вздут, но нет détense. Два раза была взята кровь для серодиагностики и гемокультуры—результат отрицательный. В третий раз за 2 дня до смерти удалось выделить культуру bacillus fragilis. На аутопсии обнаружен колоссальный абсцесс правой доли печени; в посеве обнаружены анаэробы, кишечная палочка и энтерококк. Интересно отметить, что при такого рода септицемиях не отмечался лейкоцитоз и полиуклеоз.

К перрег. Локализование гиперэргии. (Vichows Arch. 296, 364 402, 1926). Экспериментально можно осуществить различную локализацию гиперэргических реакций. Характер воспаления всегда получится один и тот же, какой бы специфической реакцией между антителом и антигеном он ни был вызван. Всегда в таких случаях получается фиброденоидное набухание, склероз и образование гранулемы. Эти изменения не связываются с определенным возбудителем болезни в бактериологическом смысле, для их осуществления достаточно наступления реакции между морфологически столь безусловными компонентами как антиген и антитело. Все разнообразие гиперэргических картин клинически определяется их локализацией. При эклампсии, например, имеется увеличение количества гормона передней доли гипофиза, одновременно наступающая гиперэргия (к белку ялота) локализуется под влиянием избыточного гормона в определенных областях, что и придает болезни ее особый отпечаток. Путем аналитического подхода удается отыскать общий принцип при клинически столь различных заболеваниях, как эклампсия, язва желудка, облитерирующий тромбангиит и др. В основе их всех лежит гиперэргический компонент совершенно специфического характера, выражающийся в идентичных изменениях тканей.

## г) Дерматология.

Zimmerman, L. Патогенез кожных осложнений при варикозных венах. (Arch. of Derm. a. Syph., № 1, 34, 1936). С помощью инфракрасной фотографии варикозных вен и кожных осложнений при них удается обнаружить непосредственные взаимоотношения между расширенным стволом сосуда и сопровождающими его кожными поражениями. Кожные проявления возникают не только в результате хронического застоя, но могут быть вызваны и воспалительным процессом в кровеносном сосуде.

Rotter. Химиотерапия кокковых заболеваний. Наблюдения над лечением рожи протозилом. (Derm. Ztschr. Январь, 1937). Лечение рожистых воспалений протозилом имеет ряд преимуществ перед другими методами лечения. А. это подтверждает собственными наблюдениями на 100 больных. Течение болезни шло быстрее и легче; осложнения, рецидивы и смертельные случаи были редки. Период лихорадочного состояния и время пребывания в стационаре было значительно укорочено. Действие протозила резко выражено и при других кокковых заболеваниях. Эффект от лечения протозилом основан на химическом воздействии вещества на микробов и биологическом воздействии на весь организм.

Nadel. Распространенная аллергическая экзема, вызванная окрашенной одеждой. (Derm. W., № 49, 1936). У мужчины, 29 лет, экзема продолжалась в течение 16 месяцев и не поддавалась терапии. Автору удалось установить, что причиной экземы была краска розанилин, которой была окрашена одежда больного. Смазывание раствором краски больших участков кожи больного вызывало резкую экзацербацию кожных высыпаний. Излечение экземы насту-