

заболеваниях pancreas'a, связанных с нарушением ее внешней секреции. Клиническая картина этих анемий может иметь сходство с a. perniciosa. После хронических заболеваний pancreas'a может развиться и настоящая a. perniciosa. Легкие нарушения внешней секреции pancreas'a при специальной методике исследования могут быть обнаружены при a. perniciosa чаще, чем об этом думают.

Э. М.

„Сырая“ диета и регуляция тепла. (K. Eimer и F. Kaufmann. Dtsch. Arch. f. Kl. Med. B. 173. 1932 г.) Общепринято, что человек, теряя при потении не только воду, но и большое количество NaCl, только тогда путем терморегуляции приспособливается к высокой наружной t° , когда он быстро замещает потерянное, т. е., когда он кроме жидкости принимает и большое количество NaCl. Наоборот, человек, получающий бедную солью диету, как будто меньше способен приспособливаться к воздействию высокой наружной t° , так как он не может реагировать потоотделением, необходимым для регуляции t° . Аа. произвели сравнительные наблюдения над терморегуляцией и секрецией пота в световой ванне при богатой солью и бедной солью „сырой“ диете. При этом оказалось, что при „сырой“ диете световая потогонная ванна в общем переносится лучше. Отделение пота начинается позже, температура кожи и тела не так высоко поднимается, и соответственно этому субъективные ощущения, несмотря на одинаковый подвоз тепла, лучше. Количество пота при этом меньше, и % содержания в нем NaCl и абсолютное количество NaCl ниже. Уменьшение отдачи NaCl потом при „сырой“ диете так же, как значительное уменьшение выделения NaCl мочей, представляет собой целесообразное приспособление при недостаточном подвозе соли. Улучшение терморегуляции под влиянием „сырой“ диеты может быть обусловлено улучшением кровоснабжения кожи вследствие уменьшения содержания в ней NaCl и воды. Кроме того, бедность этой диеты белками, богатство солями (особенно K) может оказывать влияние на вегетативную нервную систему. Потом теряется и Na и K, но последний при сырой диете замещается в большем количестве.

Э. М.

Приступы потоотделения как клинический эквивалент грудной жабы и острого отека легких. (Ugioste и Blanc, Archives des malad. du coeur). Припадки грудной жабы и острого отека легких хорошо всем известны, но аа. обращают внимание на приступы профузных потов с побледнением, похолоданием конечностей и сердцебиением, при явлениях сердечной слабости. Иногда тоже чувство страха близкой смерти, как и при ангиноидных приступах. Эти припадки сопровождают приступы грудной жабы, но бывают и самостоятельными. Аа. приводят 4 истории болезни, где у б-ных припадки грудной жабы чередуются с вышеописанными припадками обильного потоотделения. Приступы эти могут вызываться каким-либо физическим напряжением, волнением, или же ночью во время сна. Иногда они могут быть у больных с высоким кровяным давлением, еще не имевших ангиноидных приступов, являясь как бы предшественниками их. *Выводы.* 1) Грудная жаба может начинаться вышеописанными приступами. 2) Эти приступы могут быть клиническим эквивалентом грудной жабы или острого отека легких. 3) Все больные, которые по некоторым симптомам и по наследственности подозрительны по сердечно-сосудистым заболеваниям, если у них имеются приступы потов, должны рассцениваться, как тяжелые кардиопаты и, следовательно, лечиться, как таковые. 4) Наконец, больные, которые имели припадки грудной жабы и острого отека легких, у которых эти приступы прекратились, но имеются приступы профузных потов с побледнением и с похолоданием конечностей, должны рассматриваться, как продолжающие находиться в тяжелом состоянии.

Е. Ауслендер.

Практическое значение измерения кожной температуры. (Ipsen Johs' Münch. med. Woch. 1933 г.). Кожная температура зависит главным образом от количества притекающей крови и имеет большое практическое значение. При эмболии артерий конечностей кожная температура обнаруживает большую разницу на здоровой и больной конечности. Этот симптом в сомнительных случаях позволяет поставить диагноз через 1–2 часа и предпринять своевременно операцию. При гангрене нижних конечностей одинаковая или слегка пониженная температура позволяет не торопиться с операцией. При выборе места ампутации важно, является ли температура на симметричных местах обеих конечностей одинаковой или обнаруживает разницу выше 1° . В последнем случае на этом месте нельзя ампутировать. Путем измерения кожной t°

можно диагностировать спазм артерий и при этом обнаружить, что имеется известная связь между болями и t° . При местных воспалительных очагах оказывается, что, как выражение усиленного кровоснабжения, не только больное место, но и окружающие части теплее здоровых. И при глубоких воспалительных очагах кожа, благодаря рефлекторному расширению артерий, теплее в этой области, чем на здоровой стороне. Кожная t° помогает диагнозу „флебит“.

При Morbus Basedowii кожная t° идет параллельно с изменениями обмена. При наркозе имеется подъем t° ног. Если этого нет или если после подъема наступило падение, имеется опасность шока. Э. М.

Лечение хронических холециститов. Chiray M., A. Marcotte и K. Le Caunet. (Presse med. № 48, 1934 г.) приводят свои наблюдения над терапевтическим действием кальция при хронич. холециститах. Они применяли внутривенные вливания 5 к. с. 10% кальция ежедневно или через день и чередовали эти вливания с инъекциями экстракта gl. parathyreoidea. Под влиянием лечения улучшается общее самочувствие, уменьшаются боли. Аа. думают, что гиперкальцемия, воздействуя на ваго-симпатическую систему, изменяет степень возбудимости и сократимости желчного пузыря, перестраивая в благоприятную сторону ваго-симпатическое равновесие. Возможно, что увеличение кальция в желчи производит местное седативное действие на воспаленный орган. Это лечение может быть очень полезным до операции (улучшение свертываемости крови и общего состояния). Э. М.

Способ ускоренной холецистографии. (S. Zanetti. Pres. med. № 41, 1934 г.). Для вызывания гипергликемии, которая согласно данным Antonicci ускоряет появление тени пузыря, а. предлагает делать инъекцию 1—1½ к. с. адреналина. Для усиления гипергликемии можно за 2 часа до адреналина давать per os 80,0—100,0 сахара. У здорового уже через 2 ч. получается отчетливая картина желчного пузыря, которая держится несколько часов. Запаздывание в появлении тени пузыря может зависеть от нарушенной функции печени (неспособность к быстрому гликогенолизу) или желчного пузыря (плохая концентрационная способность), что может быть использовано диагностически. В работе приводятся снимки, показывающие тень пузыря через 2 часа и изменение тени под влиянием опорожнения пузыря (3 яичных желтка). Э. М.

H. E. Harding—Function of the Epithelium of the Gallbladder—(Guy's Hospital Reports, London, 1934, v. 8+). Автор пришел к выводу, что слизистая желчного пузыря обладает способностью секреции и всасывания, что одна и та же клетка этой слизистой функционирует в двух противоположных направлениях. Клетки слизистой желчного пузыря выделяют секрет в просвет его и абсорбируют вещества из его содержимого. В. Пшеничников.

Brehmer (Med. Welt, 25/VIII, 1934). В течение последних трех лет автор зашищал мысль, что рак вызывается микробами, что это сопровождается значительным сдвигом концентрации водородных ионов крови в сторону щелочности (рН крови, 7,5—7,6). Автор описывает выделение чистой культуры открытого им микроба „Svphonospora polymorpha“ и доказывает отношение его к генезу раковых опухолей. Этот микроорганизм был получен автором из крови раковых больных и животных, а так же и из самих опухолей человека и животных. В крови микроорганизмы располагаются преимущественно на эритроцитах. Как можно видеть в препаратах, окрашенных по Giemsa они в большом количестве могут быть и в плазме после „специальной подкожной инъекции“, сущность которой остается известной лишь автору. Микроорганизм этот—полиморфный аэроб, в некоторой фазе, он невидим, фильтруется через перепончатый фильтр, и затем, при некоторых условиях становится видимым. Рост микроба начинается с одной споры, длина его варьирует в размерах от 0,1 до 0,6 микрона. Вначале одна спора делится на 2 или 4 и все они или остаются в одной оболочке или же вновь образованные многочисленные споры растягивают мембрану до 5 и более микронов, затем мембрана лопается и споры попадают в кровь. Одиночные и двойные споры находились автором в крови как раковых больных, так и здоровых людей. Эти формы не обладают патогенными свойствами, они могут существовать лишь при рН от 6,5 до 7,2; при рН от 7,4 до 7,6—споры вытягиваются в одном направлении в виде трубочек длиной в 0,5—2,8 микрона и шириной 0,2—0,8 микрона. Эти формы уже патогенны. Когда споры попадают в кровь, они проникают в клетки. В протоплазме клеток они развиваются в патогенные формы, проникающие