

Рефераты.

а) Общая патология.

151. *К учению о status thymico-lymphaticus.* На основании клинического и патолого-анатомического изучения 6 случаев данной аномалии проф. М. М. Невдомский (Вестн. Эндокр., 1927, № 1) приходит к заключению, что status thymico-lymphaticus является, бесспорно, патологическим состоянием, врожденной или приобретенной аномалией, причем надо различать первичный st. thymico-lymphaticus от вторичного, обусловленного изменениями в других эндокринных железах. Между тем, как клиническая картина смерти от этой аномалии («Thymustod») благодаря типичным симптомам общей гипертонии,—подавлению центров сознания и рефлекторной деятельности наряду с раздражением двигательных центров без местных явлений воспаления,—позволяет легко диагностировать причину этой смерти, в стадии компенсации прижителенный диагноз status thymico-lymphaticus очень труден. Лишь при инфекционных заболеваниях отсутствие сопротивляемости организма инфекции, наличие лимфоцитоза и эозинофилии при высокой t^0 и низком кровяном давлении, а также наличие гиперплазии язычных фолликулов,—позволяют заподозрить данную аномалию. По мнению автора, необходимо перед операцией исследовать каждого больного с указанных сторон, дабы предупредить случаи т. наз. „внезапной смерти“ от наркоза. *В. С.*

152. *О гигантизме.* Шерешевский (Endocrinology. vol. X, № 1) имел случай наблюдать больного 22 лет с проявлением гигантизма с первых месяцев жизни. Разбирая вопрос об отношении гигантизма к акромегалии, автор останавливается на теории, что гигантизм развивается вследствие гиперплазии клеточных элементов передней доли гипофиза, акромегалия же—при аденоме эозинофильных ее элементов. В своем случае автор применил рентгенотерапию. *Рахлин.*

153. *Тканевая эозинофилия при опухолях.* По наблюдениям проф. В. В. Алякритского (Рус. Кл. № 31, 1926) тканевая эозинофилия чаще и сильнее наблюдается при раках, реже при саркомах, при доброкачественных же опухолях она обычно отсутствует. Разница эта отчасти связана с частотой воспаления и склонностью опухолей к аутолизу. Вообще эозинофилия в тканях зависит от количества распавшихся тканей. степени всасывания распада и химических свойств его. Из различных форм рака особенно эозинофильны ороговевающие раки и аденокарциномы; имеет здесь значение также местоположение опухоли,—наиболее эозинофильны раки кожи и слизистых оболочек, наименее—раки грудной железы. *Р.*

154. *Влияние химического состава поваренной соли на гемолиз.* Гинзбург и Калинин (Вр. Дело, 1926, № 17—18) для выяснения влияния химического состава соли на гемолиз поставили ряд опытов с титрованием гемолитических сывороток и комплементов, а также проверили ряд физиологических растворов NaCl, употребляющихся в лабораториях Москвы, причем оказалось, что в препаратах даже химически чистого NaCl всегда содержится соли Ca, K и Mg. причем содержание их выше известного предела (CaSO_4 —0,002%, CaCl_2 и KCl —0,01%) оказывает задерживающее влияние на гемолиз; напротив, соли Mg не оказывают такого действия даже при содержании в 0,01%. *А. Целищева.*

б) Общая терапия.

155. *Эпинефректомия при запущенных раках.* М. С. Лисицын (Вест. Хир. и Погр. Обл., кн. 24) наблюдал 4 случая запущенного рака (брюшины, языка, parotis), где было применено удаление надпочечников. Ни в одном из этих случаев эпинефректомия результата не дала. *Р.*

156. *Лечение рака свинцом.* Blair Bell, в Ливерпуле, лечит рак внутренними впрыскиваниями растворов солей свинца. Из 227 леченных этим способом случаев рака в 41 получилось клиническое выздоровление (Deut. med. Woch., 1926, № 50).

157. *Изменения крови при серотерапии.* Feilchenfeld и Lehfeldt (Deut. med. W., 1926, № 50), изучая состояние крови в 4 случаях стрептококкового сепсиса, леченного с успехом антистрептококковой сывороткой, нашли здесь следующие изменения: 1) в разгаре заболеваний эозинофилы в крови оказались совершенно отсутствующими, с улучшением же состояния больных под влиянием

серотерапии наблюдалось быстрое повышение их числа; 2) улучшение это сопровождалось, далее, повышением относительного числа лимфоцитов и уменьшением сдвига влево. Таким образом определение картины крови при сепсисе имеет важное прогностическое значение. *Р.*

158. *О переливании крови животным людям.* По Cruchet (Brit. med. Journ., № 3438) клинические и экспериментальные исследования последних 5 лет показали, что переливание гетерогенной крови может проходить совершенно безопасно. Для этого надо только строго соблюдать правила относительно быстроты вливания: в первую минуту надо переливать лишь $\frac{1}{2}$ куб. сант., во вторую 1—2, в третью 4 куб. сант.; затем в первую половину вливания скорость эта остается на одинаковой высоте, после чего постепенно может быть повышена. Вопреки общераспространенному мнению вливание гетерогенной крови вовсе не безусловно ведет к агглютинации; так, смесь лошадиной и человеческой крови может быть переливаема без этой последней. Независимым от агглютинации является гемолиз, который почти всегда наблюдается при переливании крови животных людям, хотя, при надлежащей регулировке скорости вливания, и не достигает опасных размеров. Из различных видов животной крови для переливания людям следует предпочитать бараний крови лошадиную, которая лучше всего разбавляется наполовину физиологическим раствором, и к которой добавляется адреналин (1:0 1000,0). Животное, от которого взята кровь, должно быть вполне здорово и за последние 1—2 часа до переливания освобождено от тяжелых работ. Переливание крови, с примесью цитрата, производится тотчас после взятия ее из вены. *Р.*

159. *Лечение оксирения.* Наряду с соответствующей диетой и ограничением питья,—ежедневно больным разрешается вводить не более 1000 куб. сант. жидкости, учтя при этом высокое содержание воды в овощах, картофеле и пр.,—Struve (Deut. med. W., 1927, № 5) рекомендует для этой цели применять инкретан—препарат, содержащий вытяжки из щитовидной железы и передней доли гипофиза, а также иод. Лечение начинают с 2—3 таблеток инкретана в день (содержащих от 0,4 до 0,6 mgr. иода) и постепенно повышают приемы до 4—5 таблеток. Злоупотреблять телесными движениями при этом не следует, в виду недостаточности сердца у многих жирных субъектов; лучше поэтому распределять эти движения, небольшими фракциями, на целый день. *Р.*

160. *К вопросу о действии диуретина.* По Grossmann'y (Wiener kl. Woch., 1927, № 9) диуретин, при употреблении per os, является плохим diureticum, так как он действует мочегонно лишь при анацидном желудочном соке, при нормальном же или повышенном содержании соляной кислоты в последнем диуретин часто ведет даже к понижению диуреза. Автор применяет поэтому, в качестве мочегонных, из теоброминового ряда исключительно или чистый теобромин, или теонин. *Р.*

в) Физиотерапия.

161. *Об оптимальной дозе при ртутно-кварцевом облучении.* Сконструировав специальный прибор для измерения излучения ртутно-кварцевой лампы (фотоквантиметр), Е. Т. Залькиндсон (Фототерапия, 1926, № 3) имел возможность на большом материале установить оптимальные дозы при лечении ультрафиолетовыми лучами тех или иных заболеваний. Выработанные дозы автором делаются на малые (2—3 УФЕ для 1-го сеанса), средние (5—30 УФЕ), большие (30—100 УФЕ) и очень большие (больше 100 УФЕ). Каждое заболевание лечится определенными дозами лучей, причем в предложенной схеме имеется указание на постепенность увеличения и ее максимум. В виду важности значения технических условий работы ламп и изменения их интенсивности при падении или увеличении напряжения в сети, автор предлагает в каждом кварцевом кабинете устанавливать несложный распределительный столик или доску с вольтметром, амперметром, реостатом и рубильником, допускающую регулировку напряжения на клеммах горелки и дающую возможность правильной дозировки. *Л. Н. Клячкин.*

162. *Действие ультра-фиолетовых лучей на содержание Са в крови.* В литературе имеются указания, что при освещении этими лучами содержание Са в крови повышается. Исследования Leichera (Stralenterapie, Bd. XIX, H. 2), произведенные на 60 лицах в возрасте от 4 до 65 лет, свидетельствуют, что это не совсем так: автор наблюдал от действия ультра-фиолетовых лучей повышение