

отягощения не было. Не представляли эти две группы больных какой-либо разницы и в степени развития тbc. Наконец, нельзя было между ними подметить разницы и в смысле успеха лечения. Р.

403. *Гематогенная генерализация тbc.* Добромьльский (Вопр. Туб., 1927, № 7) приводит редкий случай поражения туберкулезом щеки, верхней губы и десны у взрослого больного, страдавшего одновременно тbc легких, гортани и кишек. Автор трактует этот случай, как случай генерализации тbc процесса гематогенным путем, наступившей после ряда неблагоприятных моментов (голод, цынга). Наблюдавшееся у больного развитие поражения гортани сначала в черпаковидных хрящах, а лишь затем во всем наружном кольце гортани еще больше подтверждает гематогенное, а не ингаляционное заражение (Blumenfeld).

Ойфебах.

404. *Туберкулез легких и кожи.* Iordani (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 150) подтверждает мнение авторов относительно редкости одновременного заболевания тbc легких и тbc кожи. Но зато при легочном тbc встречаются относительно часто другие кожные заболевания. На материале в 300 случаев автор видел: экзему — в 4%, hypertrichosis — в 33%, seborrhoe головы — в 16%, pityriasis versicolor — в 3%, атрофию кожи — в 8%, acne vulgaris — в 10% и т. д. Автор усматривает причину этих кожных заболеваний в изменении функции желез внутренней секреции под влиянием тbc.

М. Ойфебах.

405. *Хирургическое лечение двустороннего тbc легких.* Borchartt, Dünneg и Mescklenburg (Med. Klin., 1927, № 4) применяют при двустороннем тbc легких с более пораженной стороны пнеймоторакс, а с другой — френисектомию. В случаях, где повреждения расположены симметрично, френисектомию лучше применять на стороне, которая представляется клинически и радиографически более предрасположенной к склерозу, пнеймоторакс же применяется на той стороне, где есть каверна. Во всех случаях рекомендуется в первое время производить один пнеймоторакс, френисектомия же должна быть произведена с противоположной стороны через 1 или 2 недели. Практически полезно повторять небольшие вторичные вдувания с промежуткам, продолжительность которых определяется состоянием больного, обилием мокроты и т' кривой. Указанный метод был применен авторами в 8 случаях, причем в 4 он дал улучшение, в остальных — смертельный исход. В заключение авторы указывают, что несмотря на свою кажущуюся простоту, френисектомия нередко сопровождается осложнениями и может быть доверена лишь операторам, хорошо знакомым с хирургией шеи. П. Шидловский.

406. *Двусторонний пнеймоторакс при тbc легких.* Maendel (Wien. kl. Woch., 1927, № 11), изучая результаты лечения тbc легких двусторонним пнеймотораксом, пришел к заключению, что одновременное выполнение искусственного пнеймоторакса с обеих сторон является нежелательным. Более выгодно производить эту операцию сначала с одной стороны, потом с другой. М. Ойфебах.

407. *Идеальный пнеймоторакс.* Оеконотороуло и Рараниколау (Zeit. f. Tub., 1927, № 2), разбирая вопрос об идеальном пнеймотораксе, высказываются что пнеймоторакс, при котором происходит колябирование пораженной части легкого и манометральное давление не переходит 0, не уступает в своем терапевтическом эффекте тотальному пнеймотораксу М. Ойфебах.

б) Внутренние болезни.

408. *О травматическом диабете.* Проф. Умберг и доц. Розенберг (Klin. W., 1927, № 1) не находят ни одного неопровержимого — ни экспериментального, ни клинического — доказательства в пользу того, что какое-нибудь повреждение может вызвать настоящий диабет. Зато несомненно, что от тяжелых телесных или душевных травм может возникнуть экстраинсулярная гликозурия. Равным образом каждая телесная или психическая травма может ухудшать имеющийся диабет, а следовательно — делать явным скрытый.

409 *К вопросу о грудной жабе.* В лекции своей о грудной жабе проф. F. Küls (Klin. Woch., 1927, № 20) так итигирует современное состояние учения об ней: главными симптомами болезни являются сопровождаемые страхом смерти стеснение сердца и боль, распространяющаяся в плечи, руки, локте и подбородок, или epigastrium и половые органы; толчком к припадку служат: телесное напряжение,

психическое возбуждение, ветер, холод, переполнение желудка, тяжелые заболевания женской половой сферы, иногда же приступ появляется без всякого повода ночью; анатомическую подкладку составляют дегенеративные или воспалительные (lues) изменения венозных сосудов или восходящей аорты, при остром течении— часто эмболии венечных сосудов; длительность легких припадков—несколько секунд, средних—от нескольких минут до 1/2-часа, а тяжелых—до 2 суток. Предсказание зависит от тяжести припадков (длительность их, сильная боль, большое повышение давления или коллапс), частоты их, возраста больного и степени дегенеративных изменений в сердце и сосудах; весьма серьезно сочетание с сердечной астмой. При отличительном распознавании надо иметь в виду: *asthma cordiale*, сосудодвигательный нейроз, *dyspragia intermittens intestinalis*, аневризму брюшной аорты, сухоточные кризы, межреберную нейралгию, *pleuritis diaphragmatica*, прободную язву желудка, желчную и почечную колики. Из лекарств наивернейшим остается нитроглицерин; в тяжелых случаях уместен морфин в свечках (save подкожных впрыскиваний, —смерть при явлениях отека легких!); временно очень хорошо действует диатермия. При гипертонии часто наступает длительное улучшение болезни после венозного кровопускания (150—200 куб. сан.) Табак запрещается безусловно; паравертебральные впрыскивания эйкаиона в 1% растворе действуют недолго. С. С-в.

410. *К патологии грудной жабы*. E. Wolff (Kl. Woch., 1927, № 36) видит в приступе грудной жабы последние слабости левого желудочка, стоящей на первой ступени недостаточности. При такой слабости внезапное повышение сопротивления в периферическом кровообращении или внезапное же усиление прилива крови к сердцу,—моменты, повышающие работу последнего,—могут вызвать увеличение остатков крови в левом желудочке, его растяжение и повышение внутрижелудочкового давления. Одновременно усиливаются сокращения желудочка. Силы эти могут прерывать ток крови в венечных артериях путем сдавливания их, последствием чего являются застой и растяжение в проксимальной части венечных сосудов и в начале аорты. Это механическое воздействие и бывает адекватным раздражением для сопровождающей грудную жабу боли. С. С-в.

411. *Phrenicus-феномен*. Березкин (Кл. Мед., 1927, № 11—12) в 25 случаях, проверенных на операционном столе, мог констатировать *phrenicus*-феномен (наличие болезненной точки между ножками *m. sternocleidomastodei*) в 80%. Наличие этого симптома указывает, по автору, не только на холцистит, но и на присутствие камней. Впрочем В. видел его и в случаях застойной печени и даже при полном отсутствии желчного пузыря. Феномен этот является ценным дифференциально-диагностическим признаком для отличия указанных заболеваний от язвы желудка и 12-перстной кишки, аппендицита, пиелита и почечных камней, при которых он никогда не наблюдается. М. Ойфебах.

412. *Лечение легочных кровотечений*. По H. G r a u (Deut. m. W., 1927, № 4) при легких кровохарканиях гокой в постели абсолютно необходим. Врачебное исследование во время легочного кровотечения, конечно, недопустимо. При кровотечении из нижней или средней долей легкого лежание на спине действует неблагоприятно. Средств, действующих местно или через стягивание сосудов, при легочных кровотечениях применять не следует, как равно надо по возможности избегать и морфия. Для усиления свертываемости крови полезна поваренная соль внутрь или в вену (5 кв. стм. 10% раствора). Помогает свертыванию также пузырь со льдом на затылок или на грудь. При больших и повторных кровотечениях из легких показается операция искусственного пнеймоторакса. С. С-в.

413. *Препараты ephedrae vulgaris при эмфиземе и бронхите*. S a x l (Wiener kl. W., 1927, № 23) горячо хвалит лечение старческой эмфиземы и хронического бронхита новыми препаратами *ephedrae vulgaris*—эфедрином и изомерным ему, синтетически приготавливаемым эфетонином. То и другое средство дается в таблетках, по 3 раза в день. Применив их у 11 больных от 54 до 78 лет, страдавших сильнейшей одышкой, автор у 8 из них получил весьма резкое улучшение. С. С-в.

414. *Бром против сенного насморка* советует проф. H a m b u r g e r в Граце (Münch. med. W., 1927, № 20). Обыкновенно достаточно бывает принимать по 1,0 бромистого натра утром и вечером, особенно же хорошо помогает здесь седоброд, по лепешке в 1/2 стакана горячей воды, тоже дважды в день. Действие наступает иногда очень быстро, уже на другой день, порою же только