

у больных исчезла, пропали и шизонты из крови (но не гаметы). Так как, однако, у 2 больных впрыскивания вызвали тяжелые осложнения (одышку, отек лица, поносы), то, хотя эти явления и исчезли в течение 3 дней, автор у остальных 10 больных (6—с m. tertiana, 2—с m. quartana, 1—с m. tropica и 1—с tropica и tertiana вместе) применил другой препарат кадмия, именно, кадмиол (Cadmium subsalicylum в масле, с 5% содержанием кадмия), в форме интрамускулярных инъекций, производившихся дважды в неделю (первый раз вводилось обычно 0,5 куб. сант., в следующие—по 1,0); результатом впрыскиваний было всегда быстрое понижение t° при относительно более слабом действии на паразитов. Из посторонних явлений надо отметить сильные боли в месте впрыскивания.—настолько сильные, что больные обыкновенно уже после 4-го впрыскивания отказывались продолжать лечение. *В. Сергеев.*

512. *К симптоматологии и диагностике болезни Simmonds'a.* Как известно, болезнь S. (гипофизарная атрофия) является следствием атрофии передней доли гипофиза, причем в клинической картине на первое место выступают старческий вид больных (senium praecox), преждевременное прекращение половых функций и апатичное состояние. Шерешевский (Вр. Дело, 1926, № 15—17) наблюдал клинически один случай этого заболевания у мужчины 28 лет, где болезнь развилась после травмы, и имелась смешанная картина болезни S. с несахарным диабетом. На секции обнаружена атрофия передней и средней долей гипофиза и большое количество точечных кровоизлияний в области больших ганглиев, на дне третьего желудочка и вокруг него. Автор высказывает предположение, что атрофия гипофиза явилась здесь следствием повреждения кровоизлияниями трофических центров его. *Л. Размин.*

513. *Хинин при крупозной пневмонии.* W. Berger (Wiener kl. Woch., 1926, №№ 33—35) применил хинин по Aufrecht'y в 34 случаях крупозной пневмонии и получил в большинстве случаев купирование процесса, а также уменьшение процента смертности (11% вместо 18%). Хинин вводился интрамускулярно в бедро, в первый раз в дозе 0,5 (5 куб. с. раствора след. состава: Rp. Chinini hydrochl. 2.0. Urethani 1.0, Aq. dest. 20.0; раствор стерилизовался и перед введением подогревался); на следующий день, если первая доза не давала эффекта, количество хинина повышалось до 0,7, даже до 1.0. Результаты лечения были тем более благоприятны, чем раньше от начала заболевания были начинаемы впрыскивания. Кроме того, результаты эти зависели оттого, какого происхождения была крупозная пневмония: хинин давал эффект лишь при заболеваниях пневмококкового происхождения (но не стрептококкового и др.). *В. Сергеев.*

514. *К диагностике плевральных экссудатов.* Lenk (Zentr. f. Tbc, Bd XXV, N. 7/8) восстает против распространенного мнения о неподвижности плевритических экссудатов. Исследование рентгеном при перемене больными положения позволяет, напротив, видеть подвижность экссудатов. В виду этого автор рекомендует исследование x-лучами в различных положениях больного для установок дифференциального диагноза между жидким плевритическим экссудатом и плотными отложениями в плевре. *М. М.*

515. *Клинические проявления ишемического некроза сердечной мышцы.* Ишемический некроз (myomalacia cordis Zieglera) является, по Gibson'y (Lancet, 1925, v. II, XXV), следствием закупорки веточки коронарных артерий сердца. Причиной закупорки могут служить эмболии или тромбоз сосуда, кальцификация или фиброз его стенки. В результате участок сердечной мышцы, питаемый пораженной веточкой, замещается рубцовой тканью. На внутренней поверхности рубца может отложиться тромб—источник будущих эмболий, или стенка может истончиться, что в свою очередь может повлечь разрыв сердца. Ишемический некроз может проявляться во всяком возрасте, но в большинстве он является следствием артериосклеротических изменений и поражает лиц соответствующего возраста. В ряде случаев закупорка сосуда влечет за собой внезапную смерть, в других комплекс грудной жабы; могут быть при ней и явления, зависящие от поражения проводящей системы; наконец, может не быть никаких симптомов. Иногда эмболия мозговых или брыжеечных сосудов служит первым проявлением ишемического некроза. Боли при этом страдания могут иметь разнообразную физиономию: прекардиальные, боли за мечевидным отростком, в правом и левом квадрантах живота, имитирующие печеночную колику, острый панкреатит и т. д. Липо обычно во время приступа имеет цианотический характер, сохраняющийся и после исчезновения болей. Важным симптомом служит шум трения перикарда. Пульс обычно медленный и твердый; может быть также pulsus alternans, а равно

неправильности ритма, зависящие от фибрилляции. По мнению автора хроническая недостаточность сердца у пожилых субъектов, при отсутствии сифилиса, старых ревматических поражений и пернициозной анемии, в большинстве зависит от ишемических некрозов сердечной мышцы. Если к этому присоединяется асептическая эмболия, то диагноз становится несомненным.

Л. Раскин.

516. *К вопросу о влиянии алкоголя на работу желудка.* За последние годы Ehrmann'овский алкогольный завтрак все более и более вытесняет из клиник применявшийся ранее почти 40 лет классический завтрак Boas-Ewald'a. Литературные данные дают противоречивые указания относительно величин кислотности, получающихся после алкогольного завтрака в сравнении с Boas-Ewald'овским: в то время, как одни авторы (Ehrmann, Kelling) указывают на более высокие цифры кислотности, получающиеся при первом, другие (Friedrich, Neumann) говорят обратное. Такое противоречие заставило Leddiga (Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. 150, N^{3/4}) прибегнуть к проверке кислотности, получающейся после обоих завтраков. Применив у целого ряда лиц фракционный метод исследования желудочного содержимого после алкогольного и обычного пробного завтрака, автор пришел к заключению, что subacid'ные и superacid'ные желудки дают более высокую кислотность и более длительное выделение желудочного сока после алкогольного завтрака, чем после Boas-Ewald'овского. Старое правило применения алкоголя перед едой с целью лучшего пищеварения получает, таким образом, некоторое экспериментальное обоснование.

А. Миркин.

517. *Влияние электрического и механического раздражения на желудочную секрецию.* Противоречивость литературных данных о влиянии электрического и механического раздражения на желудочную секрецию заставили Delhough'a (Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. 150, N^{3/4}) обратиться к эксперименту на животных и людях. Автор применял интра- и экстражелудочно раздражение гальваническим (35 МА) и фарадическим (7 см.) токами и нашел, что в обоих случаях ясно обнаруживалась секреция желудка, причем гальванический ток действовал сильнее фарадического; более сильный ток вызывал и более сильную реакцию. Чем длительнее действовал ток, тем большее количество сока выделялось. Механическое раздражение желудка (массирование брюшной стенки в области желудка и непосредственное раздражение слизистой оболочки желудка зондом) определенно также вызывало секрецию желудка.

А. Миркин.

518. *Новые данные в патологии и терапии язв желудка.* На основании исследования большого числа язвенных больных Jagno (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. XXXVIII, N. 1—2) обнаружил у них значительное уменьшение холестерина в крови (0,06—0,08%, вместо нормальных 0,1—0,15%). Ваготония, конституция, оральные сепсис, инфекционные заболевания кишечника, условия местности, принимаемые в настоящее время за этиологические моменты в происхождении язв желудка, трактуются автором, как условия, уменьшающие % содержание холестерина в крови. Считаясь с этим, автор применил у больных с язвами желудка новый препарат «Salvasid», содержащий много холестерина. Результаты лечения оказались очень хорошими, а проверочное исследование холестерина в крови после лечения обнаружило нормальные цифры.

А. Миркин.

519. *Новые пути в лечении поносов.* Помимо поносов, зависящих от местных заболеваний кишечника и поддающихся лечению диетой и бальнео-фототерапевтическими методами, существует еще большая группа поносов, которые находятся в тесной связи с расстройствами функций различных систем организма: аномалиями общего обмена воды в тканях, нарушением корреляции эндокринного аппарата, расстройствами иммунитета, центральной и вегетативной нервной системы. Эти поносы, не уступая медикаментозному и диететическому местному лечению, часто с успехом излечиваются способами, действующими на весь организм. Основываясь на том, что парентеральное введение пептона, действуя на функцию печени, регулирующей обмен тканевой воды, обладая спазмолитическими и анти-аллергическими свойствами и производя целый ряд интимных физико-химических изменений крови, влияет на весь организм, вызывая изменение его установок (Umstellung), проф. Р. А. Лурья (Врач. Дело, 1926, №№ 14, 15) предложил лечить поносы внутримышечным или подкожным введением 5 к. с. 50% дробно стерилизованного раствора пептона Witte. Из 62 случаев острого и хронического поноса в 23 уже однократное введение пептона купировало понос, в 21 случае потребовалось повторное впрыскивание, а у 18 больных, среди которых были больные