

Woch., 1926, № 43) приходит к заключению, что, между тем как саркома способна к такому самоизлечению,—при раке последнее не наблюдается, а встречается лишь частичное обратное развитие опухоли, не имеющее значения для конечной судьбы больного. Во всяком случае практически считается с самоизлечением рака нет смысла. В. С.

в) Туберкулез.

560. *Повреждение нервов туберкулезными лимфатическими железами.* По наблюдениям А. Агнштейна (Wiener kl. Woch., 1926, № 41), если у больных с периферическими параличами п. recurrentis и п. phrenici нет ни струмы, ни аневризмы, ни признаков злокачественных новообразований в средостении, то надо подумывать о повреждении названных нервов со стороны бугорчато измененных лимфатических желез. Особенно вероятным является такое предположение, если у больных имеются признаки перенесенного туберкулеза и, особенно, если параличи существуют без изменений годами, не вызывая изменений в общем состоянии больных, а также если в анамнезе последних нет этиологических моментов для развития неврита (дифтерия, тиф etc.). Для дифференциального диагноза между туберкулезом медиастинальных желез и перечисленными выше заболеваниями (особенно раком) разбираемое повреждение нервов служить не может. В. Сергеев.

561. *Применение инсулина при тбс.* Лечение откармливанием путем одной только диеты не всегда достигает цели из-за отсутствия аппетита, как это часто наблюдается у тбс больных. В подобных случаях большую пользу приносит применение инсулина, который, усиливая аппетит, способствует введению больших количеств пищи. Unverricht (Münch. m. W., 1926, № 36) предлагает начинать применение инсулина, у амбулаторных больных, с подкожного введения 5 ед. и, если больной эту дозу хорошо переносит, то ежедневно прибавлять по 5 ед., доходя таким образом до 50 ед. ежедневно; при этом необходимо следить за содержанием сахара в крови и назначать больному до и после инъекции инсулина сахаристые вещества, чтобы избежать наступления гипогликемической реакции. Лучшим показателем успешного применения инсулина является усиление аппетита. Противопоказаниями к этому лечению являются склонность к кровохарканию и менструальный период у женщин. Наиболее подходящими для лечения инсулином являются случаи туберкулеза, протекающие хронически и без повышения t° ; впрочем, редко наблюдающиеся очаговая и температурная реакция, а также установленная более низкая чувствительность к инсулину в случаях активного тбс в сравнении с неактивными формами, делают возможным, по мнению автора, применение инсулина и при активных формах тбс. Непоследнюю роль в успехе лечения инсулином играет психическое влияние этого средства на больного, благодаря быстро наступающему улучшению аппетита. Дайковский.

562. *Применение кварцевой лампы для лечения туберкулезного перитонита.* Проф. Плетнев (Zeit. f. die ges. phys. Ther., Bd. 31, H. 2) на основании своего материала и литературных данных считает кварцевую лампу лучшим средством для лечения экссудативных форм перитонита. Продуктивные формы поддаются такому лечению труднее. Автор отмечает благоприятное действие ультрафиолетовых лучей на общее состояние и на аппетит больных. Я. В. Хорош.

г) Внутренние болезни.

563. *Диететические лечение пернициозной анемии.* Minot и Murphy (Jour. of Am. Med. Ass., 1926, № 7) предлагают обратить более серьезное внимание, чем это было до сих пор, на лечение пернициозной анемии специальной, бедной жирами диетой, состоящей главным образом из большого количества печенки, свежих овощей и фруктов. Почти у всех 45 больных, бывших под их наблюдением и находившихся на этой диете, быстро наступало ослабление анемии с уменьшением желтушного индекса и увеличением числа красных кровяных телец. Так, количество эритроцитов, бывшее к началу диеты равным 1,470,000 в 1 куб. мм. через 4—6 нед. диеты достигало 4,500,000. Одним из самых ранних признаков улучшения, приписываемого авторами исключительно этой диете, было уменьшение поносов: пациенты со склонностью к кишечной диарее уже через несколько дней после начала диеты имели один оформленный стул в день. Р. Зак.

564. *Определение кровяного давления, как способ определения анатомического состояния сердца.* Выслушивая в течение ряда лет сердце и сосуды

во время измерения кровяного давления, Kroschinski (M. m. W., 1926, № 35) обратил внимание на то, что шумы сердца функционального характера при сдавливании предплечья манжеткой теряют характер шума, приближаясь к нормальным тонам, между тем как шумы органического происхождения при этих условиях усиливаются. То же самое относится и к клапанам сосудов. Нечистые тоны, зависящие от недостаточности сосудистого тонуса, становятся при сдавливании манжетки чище и полнее; шумы же, зависящие от расширения или склероза аорты, при этих условиях становятся еще более отчетливыми. Наиболее четко этот феномен воспринимается при выслушивании сердца и сосудов в момент максимального кровяного давления. Метод выслушивания сердца и сосудов во время измерения кровяного давления может быть, таким образом, по мнению автора, использован, как вспомогательное диагностическое средство.

Дайховский.

565. *К лечению бронхильной астмы.* Применяя инъекции Na silicici у больного с открытой формой tbc, страдавшего одновременно типичными приступами бронхильной астмы, Zickgräf (M. m. Woch., 1926, № 36) случайно обратил внимание, что приступы астмы у этого больного в связи с лечением исчезли и в течение 9 месяцев не возобновлялись. Дальнейшее применение этих инъекций в 20 случаях бронхильной астмы дало столь же благоприятные результаты: в некоторых случаях приступы астмы исчезали безвозвратно, в других иногда появлялся легкий приступ, который как по силе, так и по длительности отличался от предыдущих приступов. Автор пользовался инъекциями 1—2 куб. с. 2% раствора Na silicici внутривенно; вначале вводится 0,01, и, если больной хорошо переносит эту дозу, то в последующие разы переходит к дозе 0,02. Курс лечения длится 10—14 недель. В первые 3—4 недели делается 3 инъекции в неделю, в следующие 3—4 недели—по 2 инъекции в неделю и еще через 3—4 недели—по 1 инъекции в неделю. Через 1/4 года автор рекомендует повторить курс лечения. Никаких неприятных ощущений эти инъекции больному не причиняют. Эта терапия, по мнению автора, является каузальной, так как она влияет десенсибилизирующим образом против аллергена, вызывающего приступ бронхильной астмы.

Дайховский.

566. *Желудочные боли при адгезивном плеврите и диафрагмальном перигастрите.* Plaschkes и Weiss (Wiener kl. Woch., 1926, № 42) нашли, что описанные Ortner'ом, Nace и Rennen'ом желудочные боли при хроническом или зазлеченном слипчивом плеврите,—большую частью туберкулезного происхождения,—встречаются гораздо чаще, чем это до сих пор думали. Передко боли эти дают картину, чрезвычайно напоминающую боль при язве желудка. Рентгеновское исследование в некоторых подобных случаях позволяет констатировать своеобразное изменение формы желудочного дна, каковое изменение зависит от исходящего из плевры фундального перигастрита.

В. Сергеев.

567. *Новое средство для борьбы с тяжелыми легочными кровотечениями.* E. Weidinger (Wiener kl. Woch., 1926, № 41) получил прекрасные результаты от применения при обильных кровохарканиях и легочных кровотечениях стрифноина, синтетически полученного вещества, представляющего химически предварительную ступень адреналина. Средство это, выпущенное одной венской фармацевтической фабрикой в виде раствора, в ампулах, вводится внутривенно. Напротив, автор настоятельно предостерегает против применения практикующихся некоторыми врачами при легочных кровотечениях впрыскиваний морфия.

В. Сергеев.

568. *К вопросу об anaciditas.* Jarno (Arch. f. Verdauungskrank., Bd. 38, H. 3/4) на основании большого клинического материала приходит к заключению, что hyperaciditas сопровождается уменьшенным содержанием холестерина в крови, а anaciditas, наоборот, повышенным. Сальваид,—препарат, содержащий много холестерина,—повышает содержание холестерина в крови и вместе с тем понижает кислотность желудочного содержимого.

А. Миркин.

569. *Хлорообмен при секреторных расстройствах желудка.* Holler и Blösch (Arch. f. Verdauungskrank., Bd. 38, H. 5—6) предлагают двойную методику исследования функции желудка, мало отличающуюся от методики Kalk'a и Katsch'a. С промежуток в один или два дня производится фракционное исследование желудочного содержимого—первый раз с водой, второй раз с кофеиновым завтраком. Гипацидные и гиперацидные желудки ведут себя по отношению к кофеиновому завтраку различно: в первом случае количество хлори-