

гидрофильный (Журн. Психол., Неврол. и Психиатрии, 1922, 17) приходит к заключению, что при крупозной пневмонии сосудистые изменения более значительны, чем при других воспалениях легких. При испанском же гриппе и бронхопневмонии страдает особенно нервный аппарат. Во всех случаях отмечается пролиферация сателлитов Липиды нервных элементов, сателлитов и эндотелия узлов относятся к группе фосфатидов.

М. Вайнберг.

*Вакцинация против холеры per os.* Считая вопрос о действительности вакцинации против холеры per os достаточно выясненным, благодаря работам профф. Зоболотного и Савченко, Златогоров (Врач. Дело, № 24—26, 1922) в связи с исследованиями Безредка о местном иммунитете поставил себе задачей выяснить значение вакцинации per os для образования специфических противотел у человека и пришел к след. выводам: 1) приемы вакцины per os ведут к образованию агглютининов, бактериолизинов и антител Bordet; 2) наилучшим способом в смысле выработки противотел является комбинированная вакцинация per os с однократным введением под кожу того же антигена и предварительной дачей слабительного; 3) за один прием можно без вреда ввести вакцины per os до 40 миллиардов микробных тел; 4) прибавка желчи к вакцине не является необходимой.

В. Аристовский.

*О мышечном ревматизме.* По Goldscheider'y (Zeitschr. für physik u. diätet. Therapie, 1922, №№ 3 и 4) мышечный ревматизм может быть отнесен к ряду гипералгетических явлений; которые вызываются путем инфекций интоксикаций вследствие утомления, психогенно и, наконец, от простуды Эти явления могут представляться в виде миалгии, невралгии, артралгии, болезненности фасций и сухожилий Возможно, что в основе этих функциональных изменений лежит изменение тьани гистологического или физико-химического характера, которое следует искать в коже, подкожной клетчатке, фасциях, суставах, сухожилиях, мышцах Возможно, что поражаются и окончания чувствительных нервов Что касается лечения, то автор думает, что в упорных случаях лекарственная терапия без физических методов лечения не дает желаемых результатов. Протеиновая терапия, напротив, горячо рекомендуется автором, по наблюдениям которого реакция при лечении ревматизма парентеральным введением белков напоминает реакцию, получаемую при применении физических методов лечения. Из других методов лечения G. рекомендует диатермию, массаж и гидротерапию.

М. Вайнберг.

*Aortitis luica.* По Schittenhelm'y (Deut. med. Woch. 1922, № 2) при этой болезни перкуссия в начале лишь редко дает верные указания. При выслушивании надобно особенное внимание обращать на второй аортальный тон, который зачастую имеет звенящий оттенок. Кровяное давление в начале болезни частью не повышено. Общий картина болезни в общем может быть весьма похожа на картину артериосклероза, но только данная болезнь обнаруживается ранее последнего, между 35-м и 50-м годами жизни. Важен, конечно, положительный результат реакции Wassermann'a. Для распознания

существенную опору дает также исследование х-лучами, причем никогда не следует упускать при чем просвечивания в косых размерах. Во всяком разе попадаются и такие случаи данной болезни, в которых даже и при самом тщательном исследовании не удается поставить верного диагноза. Там, где диагноз несомнен, нужно прибегнуть к энергичному лечению сальварсаном, который сперва дается в малых дозах (0,15), потом в средних (0,3--0,45), пока обшая доза не дойдет до 4.5--6,0.

В. Г.

*Абсцессы легкого.* Lockwood (Surg., Gynec. and Obst., 1922) приводит 54 собственных наблюдения, из коих 27 случаев были подвергнуты хирургическому лечению (13 излечений, 3 улучшения—однако со свищами 11 смертных исходов) и 27 случаев лекарственному лечению (16 излечений, 3 улучшения, 5 без улучшений, 3 смертных исхода). Выводы автора: лобарная пневмония редко ведет к абсцессу легкого, более частой причиной является аспирационная пневмония после ингаляционного наркоза, особенно при операциях в полости рта, носа и горла; поражаются чаще всего лица в возрасте от 25 до 40 лет, мужчины втрое чаще женщин, правая сторона втрое чаще левой, нижние отделы легких вдвое чаще верхних; в 75% абсцесс развивается в периферич. частях легкого и распространяется на плевру, в 25% абсцессы бывают множественными; диагноз следует ставить на основании истории болезни, свойства мокроты, рентгенологических и физических методов исследования; пробная пункция, во всяком случае, не должна применяться; следует, по возможности, ограничиваться лекарственными способами лечения, в крайнем случае—легким оперативным вмешательством (дренажем абсцесса, искусственным пневмотораксом), что же касается более радикальных операций (резекция легких и т. п.), то они могут иметь место лишь как *ultimum refugium*.

М. Ф.

*Этиология аппендицита.* Reindorf (Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir., Bd. 34) проводит взгляд, что нормальный червеобразный отросток не заболевает болезнью, которую мы привыкли называть аппендицитом. Главную причину этой болезни является вторичная инфекция первично вызванных глистами, именно острицами дефектов в эпигелии и слизистой оболочке. Возникающие этим путем воспаления могут развиться внезапно, без всяких предвестников, но зачастую им предшествуют боли в области слепой кишки и других местах живота, которые ничего общего с воспалением не имеют. На почве указанных воспалений могут потом иметь место гнойные процессы—без того, чтобы глисты уже присутствовали в отростке. Кроме вторичного, и сле нагноения наступающего, хронического аппендицита существует еще первичный хронический, возникающий благодаря воздействию бактериального содержимого кишок на лишенную эпителия мукозу. В большинстве случаев, однако, то, что мы привыкли считать за хронический аппендицит, есть лишь боли в червеобразном отростке, вызываемые острицами или продуктами их обмена. Помимо остриц, и всякая другая причина, ведущая к разрушению эпителия отростка, может, путем вторичной инфекции, вести к аппендициту, наур. инородные тела в отростке и инфекционные болезни, особенно бугорчатка, тиф и дизентерия.

В. Г.