

Colonis. Но внимание А. было обращено на след. симптомы: умственная вялость, сухость кожи, полнота при ограниченной диете, низкая  $1^{\circ}$ ; в остальном норма, gl. thyroidea не увеличена. Больная получала три раза в день по 0,13 щитовидного экстракта и через 24 часа появились норм. кишечные сокращения, ослабли остальные симптомы. Операция отменена. А. говорит, что гипотиреоидизм (обычно не распознаваемый), проявляющийся низкими цифрами основного обмена, играет большую роль в появлении желуд.-кишечн. расстройств и особенно неукротимых хронических запоров и легко поддается тиреоидной терапии. Желудочная же секреция имеет тенденцию к субацидности и ахлоргидрии только в случаях г. с резко выраженным понижением основного обмена.

Н. Крамов.

4) Гипертиреоидизм и желудочно-кишечные явления. Russell Verger (Journ. Am. M. A. 1931, 97, 8) обращает внимание на необходимость определения основного обмена, так как часто, где gl. thyroidea не увеличена, г. просматривается. На 34 случаях г. автор находит исключительно часто желудочно-кишечные явления (боли желудочные, тошноту, рвоту и т. п.); из других симптомов отмечаются сердцебиения, нервозность, высокий пульс, повышен. кровян. давления и во всех случаях повышение цифр основного обмена. Лечение йодом давало в этих случаях хорошие результаты с резким улучшением желудочных явлений и с падением высоких цифр основного обмена.

Н. Крамов.

5) Stricturanaemie и печеночная диэта. Nagbeshuber (Med. Kl. 1931, № 11), сообщает о б-ой, имевшей тяжелые желудочно-кишечные явления и симптомы злокачественного малокровия на почве стеноза кишечника от туберкулезных язв. Предпринятая операция удаления обнаруженных 3 туб. язв. тонких кишок дала временное облегчение общего состояния, которое через 5 лет настолько ухудшилось (снова появились желуд.-кишечн. явления, наросли глоссит и другие симптомы anaemia perniciose), что б. поступила снова в б-цу. Была назначена печеночная терапия (500,0 свежей печени ежедневно) и ежедневный прием Sal. carlsbadensis; через 3 недели общее состояние б. резко улучшилось, прибыла в весе на 7 kg, и картина крови (вместо бывш. Hb—22%, E—1350000, L—2200, Myel—3%, Jug—10%, St—10%, Seg—39%, Lym—49%, Mon—6%, Eos—1%) стала близкой к норме: Hb—82%, E—4200000, L—8100, N—73,5%, Lym—18%, Mon—6%, Eos—2%. Т. о. данный случай является типичной anaemia pernicioса на почве сужения кишечника. Имевшиеся норм. цифры желуд. сока у данной б. обычно при a. r. anacidiitis, по мнению А., говорят о причинной связи между указанным стенозом и а. р.

Н. Крамов.

6) Массивные дозы печеночного экстракта применил Сопегу (Journ. Am. M. A., V. 97, 9) на 6 больных злокачественным малокровием (трое тяжелых больных и 3—mögibund'ов), дав каждому однократно пер os или через зонд по 30—50 вайалов печеночного экстракта (1 вайал получается из 100,0 печени). Хороший клинический эффект (ремиссия) получался скорее, чем при обычном лечении печеночным экстрактом; % ретикулоцитов резко нарастал на 2—3—5 день; % Hb и количество эритроцитов также резко нарастали. А. рекомендует этот метод в критических случаях, где требуется быстрый эффект и в случаях упорной непереносимости систематического печеночного лечения.

Н. Крамов.

7) Лечение бронхиальной астмы физическими методами. Wellisch (Med. Kl. 1931, № 7) рекомендует комбинированный курс лечения бр. а.: диатермию (10—30 сеансов через день) и освещение ртутно-кварцевой лампой (8—10 сеансов через 3—4 дня). При диатермии свинц. пластинки в 400 c<sup>2</sup> при токе в 1,2—1,5 амп. накладываются на грудь и спину на 10', увеличивая время на 2' до 20'. При рт.-кв. лампе от переменного тока в 220 вольт при расстоянии горелки от кожи в 70 см. освещается грудь и спина по 5' и бока груд. клетки по 3' на площади в 15 кв. см. А. в диатермии видит непосредственное влияние на легкие, бронхи, а действию рт.-кв. лампы приписывает рефлекторное влияние с кожи через нерви. систему на легкие. Из 22 б. б., леченых указанным методом, дали 7 чел.—значит. улучшение, 11—улучшение, 4—без перемен.

Н. Крамов.

8) Kaminsky (Amer. Rev. Tub. 1931, № 3) сообщает, что в американских клиниках одновременный билатеральный искусственный пневмоторакс очень редко применяется в то время, как европейские фтизиатры им широко пользуются. А., сообщая о ряде американских врачей, сдержанно и критически относящихся к о. б. и. п., приводит 2 случая о. б. и. п. с хорошими результатами и рекомендует этот метод.

Н. Крамов.

9) Edinger (Med. Kl. 1931, № 10) сообщает о своих двух случаях легочных паратифозных заболеваний (явления абсцесса легких и эксуд. плеврита). Вас.

раг. В. был выкультивирован в обоих случаях из мокроты и в одном случае из плевритической жидкости. Течение в об. случаях было относительно благоприятное.

Н. Крамов.

10) L. M. Bonner (*The Journ. of the Amer. Medic. Associat.* 1930, V. 94, № 14) сообщает о 6 сл. *первичного рака легкого*, проверенных аутопсий. Одной из причин рака легких является хроническое раздражение их пылью, автомобильным газом, табаком; хронические болезни легких и бронхов, как бронхит, инфлюенса, тbc также предрасполагают к развитию рака легких. Ewing различает: 1) рак из эпителия бронхов; 2) из слизистых желез; 3) из альвеолярного эпителия. Чаще встречается первая форма, но не всегда возможно определить первоначальный характер клеток. Метастазы обычно многочисленны и распространены. Мужчины заболевают в 5 раз чаще женщин; поражаются преимущественно на 6-й декаде жизни; продолжительность болезни от 2 недель до 5 лет. Клинические симптомы: боль, одышка, кашель, мокрота и лихорадка. Различают клинически: 1) небольшую опухоль, дающую легкие или средней тяжести клинические симптомы; 2) распространенную опухоль в легком с тяжелыми симптомами; 3) тоже с вовлечением в процесс средостения; 4) бессимптомная опухоль легкого с распространенными метастазами, обуславливающими клинические симптомы. Раньше диагноз большинства случаев ставился пат. анатомами; в настоящее время растет число случаев клинического диагноза; главный пособник его — рентген. Единственная терапия — операция. Смертность от рака легкого равна 5—10% всей смертности от рака. Иногда рак легкого протекает с гнойником или тbc легкого. В. Ж.

11) R. H. Stiehm a. A. J. Nockett (*The Journ. of the Am. M. As.* 1930, 94, № 25), сообщая о наблюдаемом им случае *острой желтой атрофии печени*, останавливаются на этиологии болезни, симптомах, возрасте и поле больных. Считают наиболее отвечающим сущности болезни термин „острый некроз печени“. Заболевание чаще встречается во II-ую половину беременности. Сифилис, др. инфекции, а также различные отравления могут вызвать острый некроз печени. Из данных Thierfelder отмечают, что из 143 сл. 50% падает на 3-ю декаду, 20% — на 2-ую, столько же на 4-ую. На 12449 аутопсий Лондонск. госпит. в 1907—1920 г. встретилось 19 сл. данного заболевания, из них 9 у женщин, 2 у мужчин. По статистике U. S. Bureau of Vital Statistics за 1918—28 г. число смертей от острой желтой атрофии достигает 500 в год. Клинически начинается недомоганием, тошнотой, рвотой, анокексией, головной болью; появляется и прогрессирует желтуха, появляются боли в правом верхнем квадранте или эпигастрии. Бессонница, бред сменяются комой. Отмечают параличи, менингизм, часто положительный с. Babinski. Обычны: носовое кровотечение, геморрагии в коже, ретине. Лабораторно отмечается уменьшение мочевины и увеличение аммиака с 5% до 20% в моче. Нахождение в моче кристаллов лейцина и тирозина облегчает диагноз, но не надо забывать, что они присутствуют при раке, осипе, тифе, лейкемии и могут отсутствовать при острой желтой атрофии; из 33 сл., собранных Hunderg'om они отсутствовали в 9 сл. Диагностическим признаком является уменьшение печени. В. Ж.

### в) Хирургия.

12) *Переливание крови, вливание соли и оставление вылившейся крови в брюшной полости.* Dr G. A. Garibdzanjan и A. A. O'zegeljeff из клиники Петрова (*Arch. f. klin. Chirurg.* Bd. 161. N. 3) произвели опыты на собаках: вылившуюся кровь в 10 опытах оставляли в брюшной полости, в 10 опытах переливали в вены, в 10 опытах вливали в вены вместо крови физиологический раствор поваренной соли и в 3 опытах только лишали собак крови. Опасность больших кровотечений в брюшную полость зависит, с одной стороны, от недостаточности сердечно-сосудистого аппарата, а с другой, от обеднения обмена веществ вследствие большой потери эритроцитов. Полное оставление излившейся крови в брюшной полости в таких случаях не в состоянии восстановить организм. Этого можно достичь переливанием крови в вену и в крайнем случае вливанием физиологического раствора соли. Ввиду выше изложенного авторы рекомендуют при больших кровопотерях в брюшную полость не довольствоваться оставлением вылившейся крови в брюшную полость и производить переливание крови 400—500 кб. снт. с присоединением вливаний физиологического раствора поваренной соли. И. Цимхес.

13) *Холестерин кровяной сыворотки и хирургическая диагностика.* Dr Imre Lang (*Arch. f. klin. Chirurg.* Bd. 161. N. 3) на 300-ых с заболеваниями брюшной полости пытался определить значение холестерина кровяной сыворотки, как симптома хирургич. страданий. Все общие, температурящие и инфекционные