

раг. В. был выкультивирован в обоих случаях из мокроты и в одном случае из плевральной 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 аутопсией. Одной из причин рака легких является хроническое раздражение их пылью, автомобильным газом, табаком; хронические болезни легких и бронхов, как бронхит, инфлюэнца, 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 бывает определить первоначальный характер клеток. Метастазы обычно многочисленны и распространены. Мужчины заболевают в 5 раз чаще женщин; поражаются преимущественно на 6-ой 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 клинич. 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. Hockett (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, аноксией, головной болью; появляется и прогрессирует желтуха, появляются боли в правом верхнем квадранте или эпигастрии. Бессонница, бред сменяются комой. Отмечают параличи, менингизм, часто положительный с. Babinskiy. 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, оспе, тифе, лейкемии и могут отсутствовать при острой желтой атрофии; из 33 сл., собранных Hunderom 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*. D-г G. A. Garibdzanjan и A. A. Ozereljeff из клиники Петрова (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 161, N. 3) произвели опыты на собаках: вылившуюся кровь в 10 опыта оставляли в брюшной полости, в 10 опыта переливали в вены, в 10 опыта вливали в вены вместо крови физиологич. раствор поваренной соли и в 3 опыта 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 физиол. 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 куб. снт. с присоединением вливаний физиологич. раствора поваренной соли. *И. Цимхес.*

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