

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, так 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 болеют 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 т.б. 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, анорексией, 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 кл-ки Петрова (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 161. Н. 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 физиол. раствор поваренной соли и в 3 опыта только лишали собак крови. Опасность больших кровотечений в брюшную полость зависит, с одной стороны, от недостаточности сердечного-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. см. с присоединением вливаний физиол. раствора поваренной соли. *И. Цимхес.*

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

состояния ведут к снижению содержания холестерина. Заболевания печени и желчных путей различной этиологии вызывают чаще гиперхолестеринемия. Рак желудка и желчного пузыря, язва желудка и 12-перстной кишки со спайками с желчными путями также сопровождаются гиперхолестеринемией. Большое значение имеет определение холестерина сыворотки для подтверждения среди других симптомов диагноза случаев холелитиаза, а иногда и показаний к операции и прогноза.

П. Цимхес.

14) D. Saratoff (Arch. f. klin. Chir. Bd. 161. Н. 3) приводит статистический материал о *тромбозах и легочных эмболиях* Лейпцигской хирургической клики за десять лет с 1920 по 1929 г. включительно. Тромбозы и эмболии наблюдались одинаково часто как и в других кликах (243 тромбоза с 95 смертями от легочной эмболии на 51317 б-ых). Зимнее время года повышает появление тромбозов. Оперативный и неоперативный, асептический и септический, материалы одинаково часто дают тромбозы и эмболии. Влияние наркоза, рентгеновского исследования и внутривенной терапии на частоту появления тромбозов и эмболии установить не удалось. Среди женщин эмболии наблюдаются в 3 раза чаще. Опасность тромбоза и эмболии возрастает с возрастом б-ых. Легочные эмболии наблюдались преимущественно среди городского населения.

И. Цимхес.

15) D-r Mondry и prof. H. Voeringhaus (Arch. f. klin. Chir. Bd. 161. Н. 1/2) произвели опыты на кроликах относительно *влияния кислой и щелочной пищи на регенерацию кости при ее переломе*. Влияние кислой овсяной пищи и щелочной — репы, листовых овощей контролировалось исследованием РН в моче и рентгеном. Животные брались одного помета. Опыты показали, что характер пищи оказывает влияние на течение регенерации кости. Автор наблюдал более успешную регенерацию кости при кислой диете.

И. Цимхес.

16) D-r E. Kûbányi (Arch. f. klin. Chir. Bd. 161. Н. 3), на основании своих опытов, предлагает *готовить для трансплантации кусочки сохранять до пересадки* в крови данного индивидуума. При длительности необходимо каждые три дня сменять на светлую кровяную сыворотку.

И. Цимхес.

17) О *бактериальной флоре при аппендиците*. D. E. Hudasek и F. Kergler (Arch. f. klin. Chir. Bd. 161. Н. 3) исследовали 150 червеобразных отростков и воспользовавшись гриппозной эпидемией установили, что клинические наблюдения говорят за существование связи в части случаев между гриппозной эпидемией и наступающим аппендицитом. Pfeiffer'овская бацилла инфлюэнцы обнаруживалась из червеобразного отростка гриппозного б-ого. С другой стороны, Pfeiffer'овская бацилла была обнаружена в червеобразном отростке 140 б-ых не болевших гриппом. Пневмококк ни разу не был обнаружен, стафилококк и стрептококк — очень редко. Кроме того, находили в пораженном червеобразном отростке и других аэробных и анаэробных микробов: B. coli, streptoc. haemolyticus и viridans, Enterococcus, B. proteus, B. subtilis, anaërobe Kokken и B. perfringens.

И. Цимхес.

18) *Шейные ребра и их хирургическое лечение*. Н. Jacobsohn (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 161. Н. 3), исходя из предложений американцев Adson и Coffey (1926 г.), в 8 случ. шейных ребер производил перерезку сухожилия m. scalenus. anter. Обычно plexus и ключица между шейным ребром образует сухожильный тяж с m. scalenus. ant., с перерезкой которого освобождается это образование и исчезают жалобы б-ых.

И. Цимхес.

19) D-r E. Rotthaus (Arch. f. klin. Chir. Bd. 161. Н. 2) рекомендует при *послеоперационной задержке мочеиспускания* внутривенные впрыскивания 1 cg. Pilocarpin'a + 0,3 mg Atropin'a. В руках автора этот метод безопасен и выше 80% успешен.

И. Цимхес.

20) B. Lewis, G. Carroll и G. Stryker описывают случай *бластомикоза простаты, придатка яичка и голени* (The Journ. of the Amer. Medic. Assoc. 1930, 94, № 25). Впервые заболевание описано в 1896 г. Gilchristom. Заболевание довольно распространено в некоторых местностях Америки; встречается и в других странах света. Интерес данного случая заключается в необычной локализации и терапии. Удалена простата, после чего давался насыщенный раствор иодистого натрия в увеличивающейся дозе до 120 капель в день. Описаны случаи бластомикоза уретры, вагины и вульвы, почек, мочевого пузыря.

В. Ж.