

ных средних лет (41—61); из них 3 женщины, 6 мужчин; приступ инфлюэнцы длился 2—6 дней; первый припадок грудной жабы следовал на 10—34-й день после выздоровления. Взаимотношения между длительностью и тяжестью инфлюэнцы, с одной стороны, и началом и исходом грудной жабы, с другой, нет. Из 9 трое умерло: один во время первого приступа, второй—во время второго, третий—во время третьего; первые 2 из трех в предыдущем имели сердечно-сосудистые заболевания; из 9-ти 5 не имели их; у одного было повышенное кровяное давление на несколько лет до болезни. Доказательством болезни сердца являлось замедление проводимости на электрокардиограмме. Терапия: внутривенное вливание декстрозы, иногда вместе с соединениями теофиллина или теобромина. В. Ж.

24) Lila M. Bonner сообщает (Journ. Americ. med. associat. 94, № 14, 1930) о 6 сл. *первичного рака легкого*, проверенных аутопсией. Одной из причин рака легких является хроническое раздражение пылью, автомобильным газом, табаком; хронические болезни легких и бронхов, как бронхит, influenza, тbc также предрасполагают к развитию рака легких. Ewing различает 1) рак из эпителия бронхов, 2) из слизистых желез и 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; встречается преимущественно в 6-ой декаде жизни; продолжительность болезни от 2 нед. и до 5 лет. Клинические симптомы: боль, одышка, кашель, мокрота и лихорадка. Различают клинически: 1) небольшую опухоль, обуславливающую легкие или средней тяжести клинич. симптомы; 2) распространенную опухоль в легком с тяжелыми симптомами; 3) то же с вовлечением в процесс средостения; 4) бессимптомную опухоль легкого с распространенными метастазами, дающими клинич. симптомы. Раньше диагноз большинства случаев ставился патолого-анатомами; в настоящее время возрастают случаи клинического диагноза; главный помощник его—рентген. Единственная терапия—операция. Смертность от рака легкого равна 5—10% всех смертей от рака. Иногда рак легкого протекает с абсцессом или тbc легкого. В. Ж.

25) David a. Smith указывают (Journ. Americ. med. associat. V. 94, № 1, 1930), что кроме вторичного заболевания бронхов и легких при Винцентвской ангине встречается иногда *первичное заболевание легких фузоспирохетозом*. К первым относят свои 2 случая и приводят из литературы 5; ко вторым—свой 3-й случай и 14 из литературы. Мокрота в случаях авторов была густой, зеленого цвета, гноеобразной, без запаха; содержала веретенообразные палочки, спирохеты типа Винцента и Treponema microdentium, белого стафилококка, гемолит. и негемолитич. стрептококка и Грам-отрицательных газообразующих микробов. При прививке мокроты гвинейскими свинками возникали абсцессы с такой же флорой, как и в мокроте. Клинически болезнь легких смешивают с тbc. Протекает в форме гангрены, абсцесса легкого, изъязвления бронхов, лобарной, добулярной пневмонии, эмпиемы. Многие случаи кончаются быстрым выздоровлением, другие—летально. Терапия—внутримышечное или внутривенное вливание неоарсфеналина или сульфарсфеналина. Для достижения лучшего эффекта следует начинать лечение возможно раньше, когда не произошло большого разрушения легочной ткани. В. Ж.

26) Schuberth и Konstanty подробно останавливаются (Deut. med. Woch. 1930, № 32, S. 1349) на *действии dikodid'a при забол. дыхат. тракта*. Их наблюдение обнимает 170 взрослых и 65 детей. Большинство из них болело туберкулезом легких и гортани. Dikodid давался по 0,005—0,01, но не больше 0,02 в день. По наблюдениям авторов dikodid утоляет боли в гортани, подавляет кашель и улучшает самочувствие больного. Хорошее действие отмечают авторы также и от смазывания глотки 0,4% раствором дикодида. Неприятных последствий на почве дикодида авторами не наблюдалось. В. Голланд.

### в) Хирургия.

27) *Переливание крови от 3-х доноров при острой анемии*. Dr. Lars Dahlgren (Zentralblatt f. Chir. 1931, № 4) приводит случай из своей практики, где пациентка с 6 мес. беременностью во время преждевременных родов потеряла около 3½ литров крови (Nephropathia gravidarum u. diarrhoe). После применения интравенозного вливания раствора поваренной соли (1 литр), digalen intrakardial и искусственного дыхания было прибегнуто к переливанию крови: в течение

5 часов в 3 приема от 3-х доноров б-ной ввели 1 литр крови. Через 3½ недели— полное выздоровление.

*И. Цимхес.*

28) *Хронически-воспалительные опухоли толстых кишек (так наз. дивертикулит).* Dr. A. Wunderlich (Zentralblatt f. Chir. 1931. № 4), — указывает на частоту образования дивертикулов, а соответственно этому и на частоту дивертикулита кишечного канала, особенно в области толстых кишек. Тщательная диагностика, особенно рентгенодиагностика, освещает картину дивертикулита и тем самым способствует более точному обозначению таких заболеваний, которые обычно идут под общим названием колитов и периколитов. Автором приводятся 2 типичные истории болезни.

*И. Цимхес.*

29) *О лечении переломов головки большеберцовой кости.* Prof. Max Karpis (Zentralblatt f. Chirurgie. 1931. № 4)—на основании своей практики приходит к заключению, что каждый перелом большеберцовой кости следует лечить способом, подходящим к данной форме перелома, но, по возможности, не кровавым путем. Желательна репозиция при помощи вытяжения, комбинированного со сдавлением. В тех случаях, где бескровное вмешательство не достигает цели, что наблюдается, напр., обычно при чашевидных переломах наружного мыщелка, — следует прибегать к операции, которая, помимо соответствующей техники, требует не особенно преклонного возраста и удовлетворительного общего состояния больного.

*И. Цимхес.*

30) *Достаточно ли рентгеновских снимков в 2-х плоскостях для правильного суждения о переломах локтевой кости.* Dr. Nussbaum (Zentralblatt f. Chir. 1931. № 4) приводит случай перелома локтевой кости, где кроме обычных рентгеновских снимков предплечья в 2-х положениях (супинации и ульнарном), не дававших ясной картины причины утери трудоспособности, был произведен 3-й снимок в положении пронации, давший возможность точного суждения о состоянии перелома и о степени утраты трудоспособности. На основании изложенного авт. рекомендует в случаях, подобных приведенному, прибегать к рентгеновским снимкам в 3-х плоскостях.

*И. Цимхес.*

31) *Применение гипертонического раствора поваренной соли при непроходимости кишек.* R. Denis (Presse méd. 1930. № 12) в добавление к прежней работе (Presse méd. 1929. Novembre, 23) на основании экспериментов на животных и клинических наблюдений отмечает, что гипохлоремия, наблюдаемая при непроходимости кишек, обнаруживается также при стенозе pylorus'a, а потому показания к инъекции раствора поваренной соли здесь те же, что и при высоколежащей закупорке кишек. Правда, применение физиологического раствора повар. соли не вполне достаточно для покрытия потерь, претерпеваемых организмом. Является необходимым в даче гипертонических растворов, которые в свою очередь проявляют свое действие благодаря введению поваренной соли и, с другой стороны, благодаря введению жидкости, т. к. несомненно существует соотношение между обезвоживанием и уменьшением соли в организме, причем при недостатке соли автоматически следует более сильное выделение воды. Потому при длительных закрытиях привратника, клиническая терапия требует, в целях лучшего перенесения вмешательства б-ным, прибегать до гастроэнтеростомии к предварительному восстановлению недостаточности воды и соли в организме соответствующими растворами. Далее автор отмечает действие гипертонического раствора соли на перистальтику, особенно в случаях паралитической непроходимости кишек, где введение соли уничтожает атонию кишечных петель, что в свою очередь отражается на общем состоянии б-ного (резорбция токсических продуктов). По наблюдениям авт. энтеростомия, предпринятая по поводу высоколежащей закупорки кишек, ускоряет смертельный исход, что объясняется более быстрым выделением поваренной соли и содержимого желудка, отсюда — во всех случаях энтеростомии рекомендуется прибегать к обильному введению соли при помощи подкожных вливаний. Дозировка у различных авторов — различна: от 20 до 90 гр. в день, в зависимости от случая. Следует считаться с тем, что вливания повар. соли не оказывают особого влияния на отравление организма протеинами и что действие солевого вливания тем больше, чем выше и полнее закупорка кишечника и чем сильнее рвота. При острой непроходимости тонких кишек вливание показано уже до операции и должно быть проделано и после нее с тем расчетом, что в день вводится до 50 гр. поваренной соли. При ущемленных грыжах ранняя операция обычно исключает наличие кишечной непроходимости, но тем не менее при угрожающих симптомах рекомендуется введение 20 куб. см. 20% раствора поваренной соли до операции. Безусловно показано введение поваренной соли при