

уремии и сердечно-сосудистых расстройств. В результате введения глюкозы снижалось резко кровяное давление, улучшалась сердечная деятельность и субъективно и объективно общее состояние больного, но ни диурез, ни количество мочевины в крови не изменялись. А.а. приводят 2 истории болезни, где одному больному в курсе 23 инъекций было введено 11500,0 жидкости и 2300,0 глюкозы. К введению таких количеств а.а. не находят никаких противопоказаний ни со стороны сердца, ни со стороны почек.

*Н. Крамов.*

*Рак. Fr. Med. 1932, 104.*

Шbert, разобрав 1091 случай рака (за 4 года в противораковом центре—Марселе), подчеркивает ряд интересных моментов. Рак матки был в 31% всех случаев, причем 186 женщин (с раковыми опухолями uteri) имели 770 детей, т. е. в среднем более 4 детей на женщину, что значительно превышает среднюю норму для Франции; т. о., частые роды играли несомненную роль в возникновении рака. Рак лица (кожных покровов, но не губ) встречался в одинаковом % у мужчин и женщин, но значительно чаще на открытых местах (чем на закрытых), подверженных постоянно влиянию внешних раздражителей. Рак губ, полости рта, гортани у мужчин в 25 раз чаще, чем у женщин,—табак—один из главных факторов в происхождении рака этих отделов. А. говорит: человеческий род предрасположен к раку. Внешнее раздражение—фундаментальный фактор в развитии раковых новообразований. Уменьшив эти внешние раздражения—уменьшим число случаев рака.

*Н. Крамов.*

*Лечение легочных нагноений алкоголем. Landaу et Kaminer (Fr. Med. 1932, 64)* описывают клинические наблюдения над больными, лечеными внутривенными вливаниями 20% алкоголя в количестве 20—30,0 ежедневно и через несколько дней. В случаях гриппозных пневмоний с нагноениями, абсцессов и гангрены а.а. получили снижение Т до нормы, исчезание патологических перкуторно-аускультативных данных, уменьшение и исчезание гнойной мокроты и рентгеноскопически закрытые каверны. Исключительно хорошие результаты получались в случаях легочных нагноений с аэробными микроорганизмами и менее постоянные результаты—в случаях анаэробной инфекции. А.а. считают лечение алкоголем—le traitement de choix—более эффективным, чем эметин и др.

А.а. видят здесь pneumotropisme tissulaire алкоголя или путем непосредственного бактерицидного действия алкоголя или посредственное—через возбуждение ретикуло-эндотелиальной системы дыхательного аппарата.

*Н. Крамов.*

*Легочный абсцесс. Hedblom L. Island. Med. J. v. 24, 7.*

Аспирация инфекции наиболее частая причина легочных абсцессов. В 218 случаях из 528 л. а. развился после операций, среди них в 130 случаях (60%) была тонзилэктомия и в 52 случаях (24%) операции ротовой полости, т. о. в 84% л. а. развился после той или другой операции на верхне-дыхательных путях. Некоторые абсцессы—эмболического характера. Из мировой литературы—из 2458 л. а. в 657 случаях (27%) развились после операции, и 360 из них—после тонзилэктомии.

За аспирационный, в подавляющем большинстве, тип инфекции, л. а. говорят след. данные: а) бронхит—наиболее частое послеоперативное легочное осложнение—в 33—50% всех случаев; б) большинство послеоперативных л. а. следовало за операцией под общей анестезией; в) большинство этих послеоперативных осложнений следовало за операцией на верх. дыхательных путях; д) большинство патогенных бактерий, обнаруженных в криптах и на деснах, было идентично с найденными в л. а.; е) кровь и инфец. материал ротов. полости легко аспирируется в бронхи при общей анестезии; ф) экспериментально на собаках установлена связь л. а. с инфицированным фронт. синусом, хронич. ривитом; г) инфекция в бронхах может проходить через поврежденную слизистую в легочную ткань лимфат. путями.

В 113 случаях (21%) л. а. развился после пневмонии, в 3,9%—эмболического происхождения, в 3,9%—per continuitatem из соседних органов. В 129 случаях (24,6%)—причина л. а. не выяснена—очень вероятно для многих из них аспирация инфицированного материала.

Диагноз л. а. строится на детальном анамнезе (указание на перенесенные заболевания, операцию), клинической картине (гнойная мокрота, внезапное отхар-

живанье большого количества мокроты, появление мокроты при перемене положения больного, запах в мокроте, перкуторно-аускульт. данные, рентгеноданные).

Пробная пункция может повести к ложным заключениям и серьезным осложнениям — не рекомендуется.

Указанная работа Hedblom'a имеет большое практическое значение для терапевта и особенно для хирурга.

*Н. Крамов.*

**Бронхоэктазы.** Hedblom, Long Island Med. J. v. 24, 7. По Osler'у бронхоэктазы встречаются в 2—4% всех аутопсий общих госпиталей, по Frank'у бронхоэктазы обнаружены в 1% (на материале в 3400 вскрытий). Очень часто бр. идут под диагнозом тбк и хрон. бронхита. Бр. могут быть врожденными и приобретенными. В большинстве случаев воспалительные изменения бронхальной стенки являются причиной бр., но и массивный ателектаз и хрон. фиброз могут быть причиной бр. Бронхит — одна из основных причин, вызывающих изменения в бронх. стенке, что ведет к расширениям бронхов. Бронхит может быть первичным или вторичным легочным заболеванием; случаи „инфлюэнцы“, поражения газами, профессиональный бронхит от вдыхания органич. и неорганич. пыли, коревой бронхит — все это может вести к бр. Закупорка бронхов также может вести к бр.

Связь пневмоний с бр. отмечалась многими, эпидемия инфлюэнцы 1918—1919 г. дала выраженное увеличение бр. Часто бр. развиваются на почве фиброзного тбк и хронич. язвенного тбк; сифилис легких также может быть причиной бр. Послеоперационные пневмонии дают часто основу для бр.

Диагноз бр. покоится на анамнезе (хронич. кашель, приступы его, наступление его с изменением положения больного, перенесенное легочное заболевание) при почти нормальных физикальных данных, хорошем самочувствии, незначительных рентген. данных. Контрастная бронхография абсолютно необходима для диагноза. Необходимо тщательное дифференцирование бр. от тбк, абсцесса, эмпиемы и др. заболеваний.

*Н. Крамов.*

**Бронхоэктазы.** Pr. Med. 1932, 15. E. m. Sargent различает нозологически 3 типа:

1) *Бронхоэктазы абсцедирующиеся* (где происходит абсцедирование или гангренизация в течении бывших бронхоэктазов);

2) *абсцессы бронхоэктазирующиеся* (где а. осложняется вторично бронхоэктазами);

3) *abcès bronchiectasiques* (где абсцесс и бронхоэктазы развиваются одновременно).

Sargent подчеркивает исключительную важность бронхоскопий с аспирацией гноя как для диагностики, так и в лечении этих заболеваний, особенно в острых случаях, в вагниониях, расположенных глубоко и близко к hilus'у, в предоперативном состоянии.

Работа иллюстрирована четко исполненными рентгенограммами.

*Н. Крамов.*

### Ганс Мух.

В ноябре 1932 года, в возрасте 52 лет, умер Ганс Мух. Ученик Коха и Беринга, Мух обладал выдающимися способностями. Он открыл зернистые формы туберкулезной палочки (зерна Муха), много работал по вопросу о парциальных антигенах. Жизнь опрокинула его теоретические построения о парциальных антигенах, но эти работы дали очень много к вопросу о липоидах, их антигенных свойствах, антитадах.

Темпераментный, яркий, Мух в своих исследованиях бросал пригоршнями парадоксы, увлекался, строил одну гипотезу за другой и часто сам же их разрушал.

Он был борец по натуре и последний противник, с которым он скрестил свое оружие, был Кальметт.

На процессе в Любеке Мух занял позицию защиты Дейке, страстно доказывая возможность перехода культуры Кальметта в вирулентный штамм. Он ушел с процесса побежденным.

Мух не был узким специалистом-бактериологом. Он был поэт, историк искусств, философ. За последние годы своей жизни его увлекала мысль написать книгу по философии медицины. Философские взгляды Муха далеки от теории и практики нашей страны. Мух был виталист и мистик.

*Мастбаум.*