

На материале, наблюдаемом в санатории de Marcinelle, автором получены следующие результаты: из 405 больных, неуглекопов, страдавших бациллярными формами, — 34,32% при выписке оказались небациллярными, а из 75 углекопов, страдавших антракосиликозом, только 1,33% оказались при выписке абациллярными.

Тяжесть туберкулезного заболевания зависит еще от степени развития антракосиликоза и от стажа работы в шахтах. Из двух углекопов, имеющих одинаковые степени развития антракосиликоза, наиболее тяжелая форма туберкулеза будет в том случае, у которого имеется больший стаж работы в шахтах.

Автор высказывает предположение, что рабочие, резистентные в отношении антракосиликоза, будут резистентны и в отношении туберкулеза, что существует определенный параллелизм между иммунитетом антракосиликотическим и анти-туберкулезным иммунитетом. Автор отмечает, что в ряде случаев, несмотря на эволюцию туберкулезного процесса, антракосиликоз остается одинаковым в течение всего заболевания. Это констатируется также в случаях вторичного антракосиликоза.

При наличии в легких пылевых гранул, в определенный момент могут создаться условия для развития фиброзного процесса. Возможность фиброзного превращения присуща всяким гранулам, как хороший признак, оказывающий влияние на их развитие и на их способность включить в себя определенное количество пылинок. Эта потенциальная возможность может создать стабильное состояние антракосиликозного фиброзного узелка. Но в случае присоединения инфекции, могут наступить глубокие структурные изменения и тогда получаются атипические формы.

По мнению автора, два обстоятельства необходимы для развития типичного антракосиликоза: 1) диссеминация пылевых гранул, как следствие истощения и недостаточности фагоцитарной системы, и 2) появление гуморальных расстройств, обуславливающих одновременно фиброзные прорастания гранул.

Антракосиликоз оказывает на туберкулез двойное влияние, — способствует расцвету и усиливает развитие туберкулезного процесса.

Многочисленные эксперименты демонстрировали, что силикатная пыль или силикатная пылевая гранула в целом являются настоящими ловушками для туберкулезных палочек. Антракосиликотики становятся легкой добычей для туберкулеза так же, как и для других легочных инфекций, что показывает статистика, не только в отношении частоты, но также в исключительной тяжести у антракосиликотиков.

Автор приходит к следующим выводам:

Хотя редко, но туберкулез может развиваться у старых углекопов при полном отсутствии антракосиликотического процесса. У этих рабочих туберкулез протекает благоприятно и быстро излечивается. В продолжение предсиликозного периода ингаляция антракосиликозной пыли играет роль настоящей антитуберкулезной вакцинации. Появление антракосиликотического процесса показывает, что вакцинация не создает больше состояния хорошего иммунитета, а, наоборот, получается состояние восприимчивости к туберкулезу и к другим инфекциям. Туберкулез сам по себе не вызывает ни распространения антракосиликотического процесса, ни его генерализации. Туберкулез может эволюционировать долгое время в глубине антракосиликозного процесса, не модифицируя его. В других случаях туберкулез производит некоторое изменение в рентгенологической картине многих видимых узелков, но его действие остается между тем ограниченным, увеличивая объем узелков, граничащих с туберкулезными очажками, образуя тени так, как это встречается при вторичном атипичном антракосиликотическом процессе с множественной локализацией. В исключительных случаях туберкулезные гранулы могут вызвать появление первичного антракосиликотического процесса и тогда все узелки являются туберкулосиликотическими. Определенно доказано, что антракосиликоз благоприятствует расцвету и развитию туберкулезного процесса. Напротив, роль туберкулеза в патогенезе первичного антракосиликоза небольшая, в громадном числе случаев туберкулез способствует развитию вторичного антракосиликотического процесса. А. Плешицер.

е) Хирургия.

Принципиальное в оперативной терапии рака. Koenig (Arch. f. Klin. Chirurg. 177, 336) восстает против пессимизма, существующего в отношении опе-

ративной терапии рака и приводит свой материал, опровергающий этот пессимизм. Автор считает, что за раковые операции в клинике, а особенно в больнице, должны браться только опытные хирурги, ибо в противном случае всегда применяются неподходящие способы оперативного вмешательства, которые своим плохим исходом дискредитируют работу всех хирургов. *Т. Шарбе.*

Bauer. Об одном осложнении при переливании крови. (Aerztl. Sachverständ. Zeitung, 1935, № 1). 34-летн. женщине после ряда предвар. исследований сделано переливание крови от мужа, которое переносится хорошо (300 к. с.). Через две недели повторная трансфузия опять от мужа. До 300 к. с. переливание переносится хорошо, но затем б-ная стала жаловаться на плохое самочувствие, поэтому трансфузия была немедленно прекращена. 15 мин. спустя одышка и мучительное чувство сильнейшего жара во всем теле. Пульс малый и ускорен. Внутривен. инъекции кальция, виноградного сахара и Hexeton улучшают угрожающее состояние. Гемоглобинурия не наблюдалась, но на след. день увелич. в моче уробилиногена и падение эритроцитов в крови. Через 4 недели понадобилось третье переливание, уже от другого лица, которое переносится прекрасно. Автор рекомендует пользоваться по возможности каждый раз новым донором во избежание таких случаев анафилактического шока. Трауготт сообщил такой же случай анафилаксии даже после 1,5-летн. перерыва между первым и вторым переливанием от одного и того же донора. *Т. Шарбе.*

О внутренних ущемлениях после операции на желудке. Doz. E. Koch (Zentralbl. f. Chir. 1934, 43) наблюдал два случая непроходимости кишок вследствие ущемления их после операций на желудке. Автор произвел свыше 560 резекций желудка и 110 гастронтеростомий. Клинически это осложнение проявляется как высокая непроходимость кишки, чаще острая, реже хроническая. Существуют 4 возможности внутреннего ущемления после резекции желудка и гастронтеростомии: 1) после resection ventric. antecolica anter. по Billroth'y или gastroduodenostomie antecolica с анастомозом Braun'a. Описано подобных 8 случаев в литературе (Frommel, Добротворский, Mayo, Codevilla, Zindner и др.); 2) при предыдущих операциях может произойти ущемление между приводящим и отводящим отрезками тонких кишок. До сих пор подобных случаев описано лишь четыре (Hoffmann, Ковтунович, Лебедев, Himelmann); 3) при gastroduodenostomie retrocolica post или resection ventriculi retrocolica по Billroth II образуется щель, которая граничит спереди и снизу анастомозом, сзади париетальной брюшиной задней брюшной стенки и сверху — mesocolon transversum. По Himelmann'y до сих пор описано 36 случаев подобных ущемлений; 4) при предыдущих операциях, если недостаточно ушито окно в mesocolon, то петли тонких кишок через это искусственное отверстие могут проникнуть в Bursa omentalis. Подобных осложнений насчитывается свыше 100, в русской литературе — 8 (Гессе, Спасокукоцкий, Ковтунович, Ношетский, Добротворский, Соколов, Левит). Прогноз внутренних ущемлений после операций на желудке очень плохой. Почти 50% подобных больных погибают. Профилактически следует все искусственные отверстия после операций на желудке тщательно ушивать. Если в послеоперационный период рвота свыше 4-х дней и не утихают явления высокой непроходимости, следует заподозрить внутреннее ущемление и возможно ранее срочно произвести релапаротомию. Лучше левосторон. парарект. разрез и под местной анестезией. *И. Цимхес.*

430 острых аппендицитов. Под острыми аппендицитами Chamberd. (Arch. med. chir. de Province, № 1, 1934 г.) понимает всех больных, которые были доставлены во время приступа и оперировались. Омертвность равна 1,89% (6 смертей на 430 опер.). Из них 3 смерти не связаны с брюшной полостью (сердечная слабость, эмболия delirium Frembus). В первые 24 часа оперировались 47 случаев; через 48 часов — 67 случаев. Автор считает невозможным фиксировать время, когда аппендицит становится опасным. Через 48 часов он имел 38 гангреной и 16 перфораций, через 24 часа — 21 гангрену и 7 перфораций. Исходя из вышеизложенного, автор предлагает возможно раннюю операцию. В 101 случае им был оставлен дренаж на 10 дней, в некоторых случаях он пользовался и серотерапией. *Е. Ауслендер.*