

при попытках изучения серологических свойств культур. А. предлагает средой следующего состава: К 500,0 Мартеновского пептона добавляется 400,0 мясной воды и 20 гр. фосфорнокислого натра. Устанавливается РН = 7,7. В отдельном сосуде к 2,5 гр. крахмала добавляется 100,0 мясной воды и кипятится на водяной бане до растворения крахмала. Раствор добавляется к остальной среде, и все подвергается стерилизации при 115° в течение 15 минут. Среда чрезвычайно мутна после стерилизации. Просветление продолжается 2—3 дня. После этого прозрачный слой жидкости стерильно разливают по пробиркам. Для улучшения роста перед посевом в каждую пробирку добавляют 2 капли стерильного (30%) раствора какого-нибудь углевода. На подобной среде гомогенный рост получается обычно уже после одного пересева. А. отмечает прекрасные результаты при работе со средой

Н. Каган.

А. М. Appelmann, P. H. van Thiel. *Выделение Leptospira icterohaemorrhagiae из воды* (Centralbl. für Bakter. Orig. I. Abt, 1935, 133. №4). Выделение *L. ictero haemorrhagiae* из воды представляет большие затруднения вследствие постоянного присутствия безаредной *L. pseudo-icterogenes*, которая оказывает на первую явно антагонистическое действие. Аа. предлагают для этой цели следующие два метода: 1. Морских свинок предварительно вакцинируют культурами микробов, выделенных из этой воды, которая предназначена для исследования. Это делается с целью предупреждения развития вторичной инфекции. Затем исследуемую воду подвергают непродолжительному (до 10 часов) высушиванию с целью увеличения содержания спирокет в определенном объеме воды и впрыскивают морским свинкам. 2. Второй метод, значительно превосходящий первый по своей эффективности, заключается в том, что морских свинок, которым была предварительно выбрита и скарифицирована кожа на брюхе, купали в воде, содержащей спирокеты. Инфекция наступала в том случае, если количество спирокет составляло не менее одной особи на 3 см³ воды.

Н. Каган.

б) Туберкулез.

Cesare Bassagani. *Синдромы псевдотуберкулезного заболевания при стенозе носа*. (Издание журнала L'oto-rino-laringologia italiana, 1934).

В начале своей книжки автор говорит о важности анатомического и функционального статуса носовой полости для хорошего функционирования всего дыхательного аппарата, о единстве в интимной связи всех частей его, о важности для легких нормального носового дыхания и, наконец, о том, что стеноз носа различного происхождения (искривление носового костяка, хроническое воспаление слизистой оболочки, полипы, аденоиды и т. п.) отражается на всем дыхательном аппарате.

Изменения в нижних дыхательных путях под влиянием стеноза носовой полости давно были известны; так, Lemoine и Sieur еще в 1908 г. отмечали изменения везикулярного дыхания; Розенталь, Фридели констатировали изменения при перкуссии; Меневуа и Сержан — уменьшение подвижности диафрагмы, атрофию дыхательных мускулов, анкилозы реберных дуг, деформацию грудной клетки. Пьестрантони устанавливает наличие анатомических и функциональных изменений дыхательного аппарата одной стороны при стенозе соответствующей ноздри (меньшее развитие, искривление позвоночника, меньшую подвижность, паретическую диафрагму, ослабленное дыхание соответствующей стороны грудной клетки). Баккарани объясняет это тем, что нормальная слизистая носа, богатая иннервацией, стимулирует нормально акт дыхания, тогда как изменения, вызванные стенозом носовыми процессами, парализуют ее способность влиять на функцию легкого той же стороны.

Все стенозирующие поражения носа готовят почву для вторичной инфекции и могут вызывать заболевание бронхов и легких.

В некоторых случаях без глубоко выраженных изменений этих органов легко выявить зависимость легочного заболевания от стеноза носа. В других же случаях, когда поражения бронхов и легких более интенсивно выражены, синдром их может симулировать начальный туберкулез легких. Автор называет эти псевдотуберкулезные легких (носового происхождения) — *псевдо-туберкулезными рино-бронхитами*.

Еще в 1915 г. Рист и Сержан обратили внимание на то, что многие солдаты, освобождавшиеся от военной службы из-за туберкулеза легких, на самом деле имели

не туберкулез, а псевдо-туберкулезные ринобронхиты: из 600 освобожденных из-за тбк легких у Риста их было—34%, у Соржана—14,8%.

Синдром этих псевдо-туберкулезных рино-бронхитов, напоминающий симптомо-плекс начального туберкулеза легких, сводится к следующему: 1) Общее состояние изменяется: бледность, похудание, вялая мускулатура, утомляемость, небольшая одышка (хроническая); 2) *потеря аппетита*, диспепсия, обложенный язык, запах изо рта, метеоризм, диарея, чередующаяся с запорами (постоянное проглатывание пищи с слизисто-гнойными выделениями носоглотки); 3) субфебрильные повышения температуры.

При наличии такого сходства имеется, однако, и существенная разница: 1) при тбк температура уменьшается или становится нормальной после лежания в течение нескольких дней в постели, при рино-фарингите и назо-бронхите она остается без изменений; при тбк легкого температура поднимается обычно к вечеру, при рино-бронхите, чаще утром; 2) при начальном тбк тахикардия и пульс часто не соответствуют температуре; при ринобронхите частота его соответствует температуре или даже нормальная; 3) *кашель* при начальном тбк легких сухой, утрешний; при ринобронхите, наоборот, он упорный, длительный, сказывается нередко конвульсивными приступами (когда секрция спускается к фаринксу); 4) *мокроты* при начальном тбк мало или нет, при ринобронхите же ее больше, она вытягивается из носа и гнойная; 5) больные с ринобронхитом могут иметь кровохарканье (в набухшей слизистой носоглотке разрываются сосуды при сильном кашле), но в мокроте у них нет ВК, на рентгене нет изменений в легких. Этот последний синдром заставляет приклеивать часто этикетку туберкулеза легких, а между тем у Lauffera и Vitgu, например, из 1007 случаев с кровохарканьем только в 60% был тбк, в 20% это было кровохарканье при болезнях носоглотки.

Диагноз труднее в случаях раннего тбк легких, когда еще нет ВК в мокроте. Тут тщательное исследование носоглотки помогает диагнозу.

Одностороннее утолщение грудной клетки не решает вопроса, так как эта деформация иногда имеет место при старом риностенозе. Жизненная емкость при начальном тбк, как и при свежем ринобронхите, может быть нормальной. Признак Потежера наблюдается при ринобронхите. Перкуссия при тбк дает притупление, при свежем ринобронхите его нет. При старом же стенозе носа со склерозом в соответствующем легком, особенно со сморщенной верхушкой, притупление тоже есть. Тут анамнез выясняет диагноз.

При псевдотуберкулезном ринобронхите дыхание ослабленное и немного жесткое на стороне стеноза; при тбк имеются в ограниченном участке мелко-пузырчатые хрипы, которых при ринобронхите автор никогда не встречал.

Рентген часто решает вопрос. Он отрицателен при обычном ринобронхите. При старом ринобронхите со склерозом имеются перебронхиты и фиброзы.

Положительные результаты лечения носовой полости имеют большое значение для диагноза. При всех, даже минимальных, болезнях дыхательного аппарата лечение это необходимо.

У больных со стенозом носовой полости с синдромом псевдотуберкулеза лечение носа дает иногда в краткий срок блестящие результаты: температура месяцами повышенная, становится нормальной, является хороший цвет лица, увеличивается вес, явления бронхита исчезают.

Многие авторы, задавая себе вопрос, может ли стеноз носа быть косвенной причиной тбк легких, и часто ли у больных с тбк легких бывает стеноз носа, отвечают цифрами: у Филибера из 100 туб. больных—у 30% имелся стеноз носа, из 100 здоровых—только у 13%, у Вазмана в 33% стеноз носа у туберкулезных и 14%—у здоровых. Полость носа—это ворота для вхождения ВК. У здоровых людей Робек не нашел ВК на слизистой носа в 15—30%. При стенозе носа, благодаря дыханию через рот, и ВК легче достигают легких.

Автор, однако, думает, что развитие тбк у больного со стенозом носовой полости скорее зависит от меньшей сопротивляемости организма, ибо стеноз носа может вызвать меньшее развитие грудной клетки, олигоэмию, уменьшение общего питания, атрофию мускулов.

Синдром стеноза подготавливает почву для развития тбк. В связи с этим встает во весь свой рост социальная проблема; борьба с болезнями носоглотки должна занять большое место в профилактике тбк; больные со стенозом носа нуждаются в лучших социально-экономических условиях жизни.

Как ринобронхит не исключает наличия тбк легких, так и больной с тбк легких может иметь синдром ринобронхита. Автор предостерегает от опасности за псевдотуберкулезным ринобронхитом не распознать начального тбк легких.

Важно достигнуть правильного диагноза при существовании обоих этих заболеваний, чтобы не упустить лечения одного из них, так как борьба с тбк легких идет гораздо лучше, когда одновременно лечат и поражение носа. Поэтому автор считает абсолютно необходимым оториноларингологические исследования всех страдающих заболеванием дыхательного аппарата.

А. М. Лунkevich.

Andrew L. Banyai. Ингаляция угольной кислоты при туберкулезе легких (The American Review of Tuberculosis. December 1934 г.).

Ингаляция смеси угольной кислоты (CO_2) с кислородом (O_2) применялась еще Гендерсоном (Henderson, 1934 г.) для уменьшения кашля и одышки. Чрезмерный кашель вызывает развитие тбк гортани, эмфизему, спонтанный плевноторакс, кровохарканье, рвоту, бессонницу, повышение температуры, одышку, цианоз, боли в груди. При неусыхае смещающих кашель и отхаркивающих лекарств Гендерсон, применяя ингаляцию CO_2 , получил хорошие результаты, которые он объяснил тем, что CO_2 стимулирует и регулирует дыхание. Brown (1932), наблюдая в бронхоскоп во время ингаляции CO_2 , пришел к выводу, что 1) CO_2 увеличивает норму и глубину дыхания, 2) при глубоком дыхании стенки бронхов приближаются друг к другу и тем самым освобождают слизистую оболочку от секрета, прилипшей к стенкам. Приципелл (1931 г.) нашел, что дыхание 100% CO_2 увеличивает отрицательное давление внутри плевры, которое стремится освободить спавшиеся ателектатические участки легкого.

Автор употребляет для ингаляции смесь 100% CO_2 и 90% O_2 . Показанными для этого он считает больных: 1) с напряженным, сильным кашлем без эффективного отхаркивания при густой мокроте, вызывающей подчас рвоту; 2) с одышкой от множественных лобулярных ателектазов; 3) с каверной без достаточного дренажа полости; 4) с бронхоэктазами; 5) с затрудненным отхаркиванием при блоке диафрагмального нерва или при искусственном плевнотораксе и 6) при эмфизе с дренажем для расширения коллабированного легкого (Chughill).

Для проведения ингаляции автор применял баллон, содержащий смесь вышеуказанного состава. При баллоне имеется оксиметр, регулирующий количество выходящего газа в минуту. Баллон соединен резиновой трубкой с т-образной стеклянной трубкой, к другому концу которой присоединен ингалятор (маска), а посредине отходит трубка с резиновым мешком, служащим резервуаром для смеси двух газов. Оксиметр перемещает от 5—7 литров газа в минуту, в зависимости от индивидуальной реакции. Больной может ингалировать лежа или сидя. Если он не выносит маски, ее можно заменить стеклянной трубкой. В таком случае больной вдыхает через рот, а выдыхает через нос.

Эта ингаляция ингаляция рекомендуется слабым больным, а также в тех случаях, когда у них появляются какие-нибудь субъективные ощущения.

Продолжительность первой ингаляции не больше 3'—5', на второй день—10', на третий—15', остальные тоже по 15'. Автор находит, что большинство больных легко переносят через стеклянную трубку даже первую ингаляцию в течение 15'. При закрытой же ингаляции (с маской) лучше в течение 10' делать через каждые 3' перерыв из 1—2'. Этим путем автор предотвращает усталость и другие неприятные симптомы. Число ингаляций колеблется от 1 до 20, производится они либо ежедневно, либо с интервалом. При длительном лечении в большинстве случаев можно ограничиться 2-мя ингаляциями в неделю. Вообще же CO_2 должна быть дана в дозе, достаточной для того, чтобы увеличить перистальтику бронхов и аэрацию закупоренной части ателектатического легкого.

Автор наблюдал действие ингаляции CO_2 на 50 туберкул. больных. В первую же минуту выявлялось усиление дыхательного акта. С каждым вдохом пациент начинал глубже дышать. Отмечалось увеличение окружающей грудной клетки при каждом вдохе и в сравнении с дыханием перед ингаляцией. Больные чувствовали себя хорошо. Частота дыхания понижалась у одних внезапно, у других постепенно. Из субъективных ощущений больные отмечали чувство облегчения в груди, легкость дыхания, уменьшение или даже прекращение кашля, облегчение отхаркивания. Мокрота из густой и тягучей превращалась в слизистую, жидкую. Гнилостный запах утихался. Благодаря отходу продуктов воспаления, накопившихся в легком, ателектаз и одышка уменьшались. Все это улуч-