

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 неусеке 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-

шало сон и общее самочувствие. Улучшение от лечения ингаляцией отмечалось через 3—4 сеанса. Хороший эффект длится после 10 сеансов около 1 месяца. Длительность хорошего эффекта индивидуальна. Безрезультатны были только 5 случаев.

Автор считает ингаляцию смесью CO_2 с O_2 *идеальным лекарством* для удаления густой слизистой мокроты из нижних дыхательных путей и объясняет это не только тем, что улучшенное кровообращение вновь наполненных воздухом пазух в ателектатическом участке помогает откашливанию, но, согласно Раки-типскому, Ослеру, Фишбергу, Бирю и др., и тем, что пассивная гиперемия мешает развитию тбк и является помощником в лечении этой болезни. Последний вывод опирается на следующие соображения Петерсена и Лезинсона: они утверждают, что сопротивляемость туберкулезу легких с пассивной гиперемией может быть приписана и высокому содержанию угольной кислоты; и это тем вероятнее, что по исследованиям Корпера, Гауса (Gauss) и Ренша (Rensch) 30% CO_2 мешает росту ВК, 15% — убивает их в пробирках, а жизнеспособные культуры ВК, помещенные в живые ткани, задерживаются в росте, когда CO_2 , вырабатываемая организмом, приближается к высокой концентрации.

Автор приводит следующие противопоказания, для применения ингаляции: 1) упорные кровохаркания; 2) поверхностные тонкостенные каверны; 3) эмфизема; 4) широко распространенный фиброз без ателектаза и без задержки мокроты; 5) острый пластический плеврит и экссудат; 6) высокое артериальное давление; 7) одышка, кашель нелегочного происхождения и 8) чрезвычайное общее истощение.

Выводы, к которым приходит автор, можно формулировать так: ингаляция 10% CO_2 с 90% O_2 является: 1) надежной и безопасной процедурой для тбк легких, 2) эффект лечения сводится к более легкому откашливанию, к уменьшению кашля и облегчению одышки, 3) это облегчение сопровождается длительным покоем легких, лучшим сном, улучшением общего состояния, повышением аппетита и облегчением болей в гортани, 4) ингаляция CO_2 не только избавляет от упорного кашля, но и уменьшает употребление наркотиков и откашливающих.

А. М. Лукивич.

в) Хирургия.

Kohlmaier. *Злокачественные опухоли почек.* (Wien. Klin. Wochenschr. № 42, 1934).

Из 133 сл., поступивших в клинику с 1913—1933 гг. обследовано гистологически 100; в 85% случаев наблюдалась гематурия и в 23% падение веса. Эти симптомы и послужили к обнаружению опухоли. В 15% сл. больные сами заметили опухоли. Боли отмечены в 85%. При поступлении в клинику пальпацией доказано присутствие опухоли в 83%. Вследствие безнадежности лучшей терапии методом выбора является операция, но результаты плохие: из 89 оперированных (всфректomia) 10% умерло вскоре после операции (первичная смертность). В первый год после операции умерло от рецидива или метастазов еще 44,7%. Больше 5 лет переживают операцию лишь 36,8%, а больше 10 лет—10%.

Т. Шарбе

Kosch. *К этиологии послеоперационных легочных осложнений.* (Zbl. f. chir. 1934, № 13).

Возбудитель находится в большинстве случаев в виде спор в криптах миндалин и в лунках десен. Насморк и последующий бронхит, вызванные простудой, активируют споры. Многие пожилые люди страдают длительными зимними катархами, которые так истощают их, что к концу зимы они умирают. Такую же роль в активировании инфекции, как простуда, может сыграть и операция. Поэтому в поздних зимних месяцах надо очень и очень считаться с опасностью послеоперационных легочных осложнений, и, уже не говоря о тщательном предварительном исследовании дыхательных путей, следует, если только возможно, отложить операцию на апрель—май.

Т. Шарбе.

Повреждение менисков как результат работы с инструментами сжатого воздуха. Dr Karl Regensburger (Zentralbl. f. Chir. 1934, 47) приводит три истории болезни повреждений менисков у горнорабочих, работающих с инструментами сжатого воздуха.

И. Цимхес.

Лечение свищей мочеочочника рентгеновским просвечиванием почки. Prof. H. Schloessman (Zentralbl. f. Chir. 1934, № 45) приводит 3 случая успешного лечения свищей мочеочочников путем рентгеновского просвечивания почек.