

исключением сосудов крупного калибра кровотечение из остальных останавливается обычно самостоятельно вследствие сокращения сосудистой стенки. Для остановки кровотечения в операционной ране а. рекомендует пользоваться не сухими, как обычно, а смоченными в физиологическом растворе и тщательно выжатыми марлевыми шариками, прикладываемыми к кровоточащему месту без всякого давления; при этом кровотечение останавливается значительно быстрее и с меньшей травматизацией тканей, чем при надавливании сухими шариками.

Применение таких влажных шариков дает отличные результаты и при открытых, сильно кровоточащих ранах (травмы, оперированные флегмоны, карбункулы), где давящая повязка, затрудняющая отток венозной крови и вызывающая застой, зачастую не дает никакого эффекта. В результате применения влажных шариков в качестве тампонов на рану, удерживаемых умеренно давящей повязкой, кровотечение легко останавливается.

Б. Иванов.

Kneucker A. *Применение трихлоруксусной кислоты при послеоперационных свищах в урологии.* (Med. Klin. 1936, 37, 125.)

Для лечения долго незаживающих свищей мочевого пузыря а. рекомендует применение трихлоруксусной кислоты; он отмечает, что уже после однократного прижигания наблюдается образование хороших грануляций, закрывающих просвет свища, а в дальнейшем—заживление последнего. Техника следующая: трихлоруксусная кислота растворяется в глицерине (аа), этим раствором пропитывается вата, накрученная на Плейфферовский зонд или тонкую деревянную палочку и, по возможности, глубоко вводится в свищевой ход; при этом немедленно же образуется беловатосерый струп. Одновременно желательно обеспечить покой мочевого пузыря введением катетера à demeure. Спустя 1—2 дня образовавшиеся грануляции суживают свищевой ход; тем не менее через этот срок желательно повторить прижигание.

А. указывает, что при применении для лечения свищей азотнокислого серебра на следующий день после прижигания отходит омертвевшая ткань, благодаря чему просвет свищевого хода еще больше увеличивается; этого не бывает при пользовании трихлоруксусной кислотой, почему он горячо рекомендует данный способ.

Б. Иванов.

б) Туберкулез.

Braeuning и Neisen. *Прогноз открытого туберкулеза, техника установления прогноза и рентабельность методов лечения* (Z. tbk. В. 75, Н. 5—6, 1936).

Из поступивших под наблюдение в 1920/21 гг. 607 больных погибло в течение первого года наблюдения 37%, через 2 года—55%, в течение 5 лет—72%, а к концу 10 лет—77%.

После первых 7 лет в среднем ежегодно умирает 3—4% из оставшихся в живых. Считая, что в прогнозе играют важную роль следующие факторы: 1) наличие ВК, 2) одно или двусторонность заболевания, 3) распространение процесса на каждой стороне, 4) наличие каверн, аа. разработали материал 746 бацилл. больных, поступивших под наблюдение с 1.1.27 по 31.XII.29 г., в указанном разрезе. Оказалось, что при односторонних заболеваниях второй стадии без каверн через 4 г. умерло 12%, с каверной—35%; при двусторонних процессах второй стадии через этот срок соответственно умерло 14 и 42%. Большую роль в прогнозе играет протяженность

процесса. Так, при III стадии без каверны на этом сроке погибло 58%, тогда как при второй стадии только 14%.

Анализ рентгенограмм показал, что чем меньшей густоты тени у б-ных с открытым тбк, тем больше у них шансов потерять ВК. Качественная характеристика рентген. теней менее надежна для прогноза. С увеличением размеров каверны падает число больных, потерявших ВК. Так, при каверне в 2 см в диаметре через 4 г. потеряли ВК—36 %, при каверне в 4 см—26%, а в 5 см только 9%. Смертность соответственно увеличивается: при каверне диаметром в 2 см умерло через 4 г.—42%, 3 см—50%, 5 см—75%. Оседание эритроцитов имеет несомненное значение при постановке прогноза. Из больных с РОЭ от 11 до 20 потеряли на указанном сроке ВК—42%, тогда как с оседанием эритроцитов более 20 только 27%.

Часть статьи, где автор занимается подсчетом рентабельности лечения для советского читателя лишена научного интереса, так как наше здравоохранение построено на совершенно другом принципе — заботы о человеке. Работа по выявлению ранних форм, проделываемая Штеттинским диспансером, во главе которого стоит Бройнинг, не дает большого эффекта, вследствие тяжелого положения, в которое поставлены трудящиеся массы в Германии фашистким режимом, — процент запущенных форм туберкулеза в диспансере не снижается.

А. Гильман.

Constantini. Общие критерии классификации легочного тбк (Rev. Pat. e Clin. tbc 9. 489—95. 1935 no Zeitschr. Tbk. В 74. Н. 3. 193).

А. считает классификацию Турбана по стадиям в зависимости от распространения процесса неудовлетворительной, так как тяжесть процесса не всегда зависит от его протяженности. Классификация Неймана слишком сложна для практики. Классификация Michelli, различающая первичный тбк и послепервичный или реинфекционный тбк, удобна для применения. А., известный клиницист из Болоньи, предлагает следующее деление: А) первичный туберкулез с тремя подгруппами: 1) инфильтраты; 2) трахео-бронхиальная аденопатия; 3) плевритические формы; В) Реинфекционный тбк с 4-мя подгруппами: 1) продуктивный тбк легких: а) острый и хронический милиарный тбк, в) крупно-или мелко узелковый тбк легких с каверной или без нее, с) фиброзный тбк; II) экссудативный легочный тбк: а) тбк пневмония, простая или казеозная (с каверной или без нее); в) ранний инфильтрат с каверной или без нее; с) сливная и диссеминированная бронхопневмония. III) Плевритические формы: а) сухой или экссудативный плеврит; в) острый или хронический кортико-плеврит. IV) Аденопатия бронхомедиастинальная.

А. Гильман.

Voquet и Laporte. Экспериментальный костный и костно-суставной тбк у кролика (Rev. tbc № 2, 1936 г.).

До последнего времени не удавалось сисетматически получать тбк поражения костного аппарата в эксперименте. Аа. изменили методику заражения, применяя минимальные дозы очень вирулентных штаммов *B. bovis*, которые даже в количестве одной миллиардной мг инфицируют свинку. Вводя интрадермально в кожу бедра кролика 0,1 см взвеси в физиологическом растворе, содержащей от 0,00001 мг до одной десятиллионной части мг бацилл, они получали поражения в костях конечностей и позвонках. Первые признаки заболевания обнаруживаются в конце 3-го месяца. Появляется расстройство походки, местная припухлость при поражениях суставов и болезненность при пальпации. Животные погибают между 4—6 месяцами в