

состоянии резкой кахексии. Наряду с очагами в костях на вскрытии обнаруживались изодирсванные и сливные очаги в легких и почках; напротив, печень и селезенка казались незатронутыми.

Таким образом напрашивается вывод, что тбк костей и суставов является следствием первичной инфекции небольшим количеством бацилл. Наиболее часты следующие локализации: тела позвонков и отростки их, ребра, лопатка, реже бедренная кость. В длинных костях чаще поражения относились к эпифизарной части. По частоте поражения на первом месте (верхний и нижний концы большеберцовой кости, эпифиз луча, верхний и нижний эпифизы бедра). В 6 случ. аа. наблюдали туберкулез сустава, осложнивший эпифизарное поражение. Суставы резко увеличены на вскрытии—в них фугозная ткань и холодные абсцессы. Мышечная ткань вокруг пораженных суставов имела особенный желатинозный вид. Если кролики выживали достаточно долгое время, то суставные абсцессы вскрывались наружу и развивались типичные свищи. По виду локализации, патологоанатомической картине поражения, полученные в эксперименте, сходны с костными процессами, наблюдаемыми у человека. А если принять во внимание легкость получения их в эксперименте и разнообразие в локализации, станет понятной вся важность опытов аа. в деле изучения пато-и гистогенеза костного тбк.

А. Гильман.

Mignot и Mollard. *Новая ориентация в климатотерапии легочного тбк* (г. Méd., № 42, 1935).

Значение климатических факторов для тбк больного неоспоримо. Аа. обращают внимание на роль ионизации воздуха в активности климата той или иной местности. Резкие изменения ионизации воздуха от положительных к отрицательным цифрам вызывают ряд жалоб у больных как со стороны органов дыхания, так и общего характера. Особенно подтверждается роль изменений ионизации воздуха в появлении групповых кровохарканий. Поэтому аа. считают важным определение ионизации воздуха в курортных местностях (и санаториях местного характера. А. Г.).

Резкие изменения ионизации требуют от тбк больного быстрой функциональной перестройки. В зависимости от кривой ионизации можно различать климат раздражающий и щадящий, тогда как до последнего времени различали морской, горный и т. д. Ионизации воздуха аа. придают большее значение, чем ветру, температуре, влажности и т. д.

А. Гильман.

Werwath. *Новые пути хирургической коллапсотерапии легочного туберкулеза*. (Z. tбk В. 75, Н. 4, стр. 225—230, 1936 г.).

Под несколько претенциозным заглавием а. сообщает о своих попытках в случаях, где искусственный пневмоторакс не удастся, после предварительного френикоэксереза усилить подъем диафрагмы, а следовательно и коллапс легкого дополнительным пневмоперитонеумом. А. в теоретическом обосновании этого метода опирается на наблюдение, что у беременных женщин под влиянием повышенного внутрибрюшного давления часто наблюдается значительное улучшение их легочного процесса. В первую очередь пневмоперитонеум показан у б-ных, где один и. п. и пережигание спаек или френикоэксерез или их комбинация не дали достаточного эффекта.

Предварительный френикоэксерез обязателен по концепции автора, т. к. парализованная диафрагма, как инертная мембрана, легче поддается подъему под влиянием повышенного давления, которое создается в брюшной полости после введения воздуха. Наоборот, на другой стороне нормальная диафрагма, сохранившая свой тонус, меньше поднимется и будет служить регу-

лятором, предупреждающим смещение органов средостения (? А. Г.). Плохое общее состояние, высокая температура, наличие небольшого выпота в плевральной полости не являются противопоказанием к операции. Воздух вводится больному натошак, после хорошего опорожнения кишечника слабительным. За час до операции вводится газоотводная трубка. За 1½ часа — инъекция морфия-атропина. Прокол делается иглой с притупленным концом в *reg. hypogastrica* на ладонь ниже пупка. Манометр дает при проколе непосредственно под диафрагмой колебания, парадоксальные дыханию. В эпигастрии в горизонтальном положении б-ного незначительные отрицательные цифры давления, которые при переводе больного в сидячее положение увеличиваются. В гипогастрии давление, обычно нейтральное, или слегка положительное, поднимается при этих условиях.

В первый раз вводится не более 500—600 куб. см воздуха. Если в брюшной полости нет сращений, вмешательство переносится б-ным без всяких жалоб. Воздух вводится повторно в количестве 400—600 и до 1500 куб. см; промежутками через 2—3 дня до 2-х недель до получения хорошего коллапса легкого *гесп. каверны*. В ближайшие дни после введения газа обязательен рентген — контроль. Воздух рассасывается в брюшной полости быстрее, чем в грудной и уже через 15 дней не обнаруживается.

О показаниях и результатах сообщает следующая статья д-ра Т. Реберг.
А. Гильман.

Реберг. *Значение пневмоперитонеума (п.) в лечении легочного тбк* (там же, стр. 230—237).

С ноября 1935 г. для улучшения результатов в случаях недостаточно эффективного применения других методов коллапсотерапии а. систематически прибегает к п., если можно ожидать благоприятного влияния от подъема диафрагмы. Таким образом п. применялся при: 1) неудержимых кровохарканиях, где и п. невозможен из-за сращений, а пластика или пломба — из-за состояния больного; 2) для усиления действия после недостаточного эффективного френикоэксереза при нижнедолевых процессах; 3) при неполноценном пневмотораксе с неспадающейся каверной в верхнем поле и сращениями в области диафрагмы. Не рекомендует вводить воздуха, по крайней мере в первый раз, непосредственно под диафрагмой, так как вследствие частого наличия здесь сращения больные жалуются после операции на боли в животе и в области плеча. Благоприятный эффект объясняется не только механическим воздействием на легкое путем подъема диафрагмы, но другими моментами, недостаточно выясненными, аналогично действию п. при кишечном тбк.

Для иллюстрации а. приводит выдержки из 5 историй болезни.

А. Гильман.

в) Кожные и венерические болезни.

Simon I. и Kaplanskaja. *Бессолевая диета при кожном туберкулезе*. (Dermat. Woch. № 43, 1934)

В работе приведена диета больных с указанием продуктов, входящих в нее, а также дан пищевой режим больного за день. Наблюдения над 52 больными с различными формами кожного туберкулеза (сроки этих наблюдений колебались от 1½ до 16 месяцев) позволили авторам сделать следующие выводы. Увеличение в пище углеводов на 30% и уменьшение жиров до 25% оказывает несомненный терапевтический эффект на кожно-туберку-