

свинкам предварительно вводился туберкулин. Невозможность обнаружить тbc палочки в крови больных даже с тяжелыми тbc поражениями автор объясняет не отсутствием их в крови, а тем, что они теряют свою резистентность и способность развития на искусственных и естественных питательных средах.

*А. Тимофеев.*

208. *Первичный тbc носа.* По А. Г. Уманской (Вест. Рино-лар.-от., 1926, № 6) первичный тbc носа—заболевание весьма редкое: в мировой литературе описано всего 117 случаев. Тbc палочки в полости носа развиваются исключительно в случае наличия там изъязвленной слизистой оболочки. Автором описаны два случая первичного тbc носа: в одном имела место туберкулезная гранулема в полости носа, откуда тbc перешел на слезо-носовой канал, слезный мешок и прилежащие участки кожи носа; в другом был изъязвившийся тbc инфильтрат носовой мукозы. В той же книжке В. П. Чекурин сообщает, что тbc поражение носа, по Gerbergу, встречается у 0,28% общего количества ринологических больных. Русскими авторами описано всего 5 случаев. Такая редкость зависит от общей трудности диагноза данного заболевания, протекающего очень скрыто, особенно при редком посещении больными амбулатории. Автор наблюдал лично случай тbc носовой перегородки.

*С. Ляонтов.*

209. *Лечение экспериментального тbc санокризином.* Madsen и Mörch (Микробиол. Журн., 1927, вып. 1), поставив в этом направлении ряд опытов на животных, убедились, что, применяя санокризин, можно достигнуть полной стерилизации легких. При этом как потребная для излечения доза средства, так и реакция организма на последнее разнятся в зависимости от формы тbc: при заражении слабо-вирулентными палочками животные сильно реагируют на введение санокризина, и для излечения их надо применять малые дозы последнего; если же заражение произведено вирулентной культурой,—для излечения требуются и хорошо переносятся большие дозы санокризина (2 стр. на кило веса). *Р.*

210. *Лечение легочных каверн искусственным пневмотораксом.* По наблюдениям Ваегера (Wiener kl. Woch., 1927, № 3), искусственный пневмоторакс может повести в относительно короткое время к бесследному исчезновению легочных каверн, что доказывается рентгеноскопическими картинками. Поэтому в каждом случае, где констатирована каверна, надо накладывать искусственный пневмоторакс,—при отсутствии, конечно, специальных противопоказаний к нему. Получаемый при этом эффект тем лучше, чем ранее применена эта мера. *В. С.*

211. *Лечение туберкулеза у беременных и родильниц.* Menge (Zentr. f. Gyn., 1926, № 14) полагает, что при решении вопроса относительно показаний к прерыванию беременности у туберкулезных акушер не должен играть роли лишь технического исполнителя. Опыт показывает, что значительное число женщин, посылаемых для прерывания беременности по поводу туберкулеза, при тщательном наблюдении оказываются свободными от последнего. В специальном отделении Гейдельбергской клиники автора беременные с тbc в течение многих недель подвергаются выжидательному лечению (покой, питание), к которым присоединяется рентгеновское освещение большого легкого, проводимое малыми дозами с применением одного большого поля. Автор подчеркивает безопасность такого освещения и указывает, что неудачи других получались вследствие неправильной техники. Menge приводит историю одной, страдающей бугорчаткою, 25-летней беременной, которая при таком лечении получила полное излечение и родила здорового ребенка. При тbc беременных следует лечить основное заболевание, а не устранять сопутствующую ему беременность. Статистические исследования Sultze-Rhönhofa (Zentr. f. G., 1926, № 13), основанные на очень больших цифрах, тоже позволяют думать, что беременность, роды и послеродовый период в большинстве случаев не оказывают влияния на имеющийся тbc. *А. Т.*

## 6) Хирургия.

212. *Цитологические исследования перитонеальной жидкости* произвел Vogt (Arch. f. Gyn., Bd. 128) у 209 больных и приводит следующие данные: у 4 нормальных женщин он нашел 30% лимфоцитов и 70% лейкоцитов; при таких заболеваниях, как опухоли придатков, опухоли яичников и миомы, преобладают лимфоциты (50—90%); при раках маточной шейки цитологическая картина не изменяется. Наибольшей величины содержание лимфоцитов в перитонеальной жид-

косии достигает при туберкулезе, причем следует допустить, что лимфоциты эти — не гэматогенного происхождения, а образуются в брюшной полости, т. к. кровь у этих больных повышенного содержания лимфоцитов не обнаруживает. А. Т.

213. *Значение стереоскопических рентгеновских картин.* Д-р Frey (Zentr. f. Chir., 1927, № 6) указывает на преимущества рентгеностереоскопии для определения положения инородных тел, положения отломков при переломах костей и повреждениях суставных тел. Особенно ценна стереоскопия при исследовании ребер, позвонков, черепа, где многочисленные, одна на другую налегающие тени зацугивают картину, и незначительное отклонение от нормы не может быть определено рентгенограммой. Стереография очень ценна также для определения камней почек, пневмографии, миелографии и энцефалографии. *И. Цимхес.*

214. *К патогенезу и клинике послетифозного воспаления реберных хрящей.* Д. А. Васильенко (Днепропетр. М. Ж., 1926, № 7—8) убедился, что в основе этого воспаления лежит внедрение паратифозной палочки N<sub>1</sub>. Послетифозное воспаление реберных хрящей поражает суб'ектов лишь в возрасте старше 20 л., когда в хрящевой ткани образуются полости с капиллярными сосудами, способствующими оседанию и размножению здесь инфекции. С этих-то полостей и начинается воспалительный процесс, приводя далее к постепенному замещению хрящевой ткани костной, почему наиболее соответствующим патологической сущности процесса будет название chondritis profunda ossificans. С лечебными целями здесь лучше всего применять комбинацию радикального иссечения пораженных хрящей с аутовакцинацией, а в ранних случаях можно ограничиваться лишь этой последнею. *В. С.*

215. *О кровотечениях после гастро-энтеростомии.* Jungblüth (Zentr. f. Chir., 1927, № 10), наблюдавший кровавую рвоту через два часа после произведенной по Bierу операции, без сшивания слизистой, полагает, что кровотечение это было из желудочной стенки, а не из язвы, так как во время операции последней не касались. Появляющаяся через 2 часа рвота свежей кровью указывает на то, что перерезанные артерии, прижатые кишечными зажимами, не будучи замечены во время операции, не были перевязаны, что и дало позднее кровотечение. *И. Цимхес.*

216. *Желудочно-кишечные кровотечения после аппендэктомии.* Разбирая вопрос о ближайших осложнениях после операции аппендэктомии, М. В. Михайлов (Рус. Клин., 1926, № 29) обращает среди них внимание на желудочно-кишечные кровотечения. В материале Московской Басманной больницы такие кровотечения были 4 раза на 2000 аппендэктомий, т. е. в 0,2%. Для объяснения их происхождения предложены две теории: септико-инфекционная и тромбо-эмболическая, причем последняя является наиболее вероятною. Смертность после желудочных кровотечений достигает 58%, после кишечных — 28%. Терапия: покой, абсолютное голодание, лед на живот, морфий и адреналин под кожу, инъекции антидифтеритной сыворотки, внутрь желатину и др. кровоостанавливающие средства. *Р.*

217. *О лечении гнойных процессов на лице впрыскиванием собственной крови.* Д-р R. Hinze (Zentr. f. Chir., 1926, № 16; 1927, № 4) в 4 случаях карбункулов лица производил впрыскивание собственной крови больных в окружность нарывов и получал без разреза полное выздоровление. *И. Цимхес.*

218. *Лечение гнойных перитонитов* Ramperl (Med. Klin., 1926, № 37—38) проводит следующим образом: возможно ранняя операция, причем, если обстоятельства позволяют, полезно провести предварительную подготовку больного наперстянкой, кофеином и внутривенным введением 20 куб. с. 40% раствора виноградного сахара, чтобы уменьшить опасности наркоза для сердца; место разреза выбирается в зависимости от локализации процесса; перед вскрытием брюшины рана смазывается перувианским бальзамом; при разлитом перитоните брюшная полость промывается; если инфекционный очаг можно надежно выключить, дренаж не обязателен; швы проволочные. Осторожное растяжение жома прямой кишки после операции облегчает отхождение газов и кала. Полусидячее положение по Roseg'у уменьшает боли и облегчает дыхание. Дыхательная гимнастика, камфора, инальзация физиологического раствора NaCl предупреждают развитие пневмонии и образование тромбов. Как профилактическое средство против тромбов, полезно обильное питье с лимоннокислым натром, а также перевязка v. saphenae magnaе.