

действие на организм больного, причем, повидимому, возможно даже брать кровь от донора любой группы (это положение впрочем нуждается в дальнейшей проверке на больном материале).
И. Цицхес.

304. *Перенос малярии переливанием крови.* Д-р Корабельников (Zentr. f. Chir., № 20, 1927) приводит случай, где после переливания крови от донора, страдавшего малярией, больная перенесла несколько типичных приступов последней, причем у ней были найдены плазмодии в крови.
И. Цицхес.

б) Туберкулез.

305. *Заражение туберкулезом культур лейкоцитов из человеческой крови.* А. Д. Тимофеевский и С. В. Беневоленская (Arch. f. exp. Zellforsch., Bd. IV, H. 1, 1927) подвергали заражению тbc палочками *tyrus humanus* тканевые культуры из белых кровяных шариков человека и нашли, что белые кровяные шарики человеческой крови более чувствительны к тbc палочкам данного типа, чем лейкоциты кролика. Культуры белых кровяных шариков человека, зараженные большим количеством тbc палочек, быстро подверглись некрозу, при заражении же небольшим количеством палочек в культурах получилось образование типичных бугорков, клеточные элементы которые образовывались только из моноцитов и лимфоцитов. Но и эти бугорки оказались неустойчивыми и погибли уже на 4-й—5-й день при одновременном обильном размножении палочек. В культурах же из белых кровяных шариков кролика, при одновременном образовании типичных бугорков, происходило поглощение и разрушение тbc палочек эпителиоидными и гигантскими клетками, что в некоторых случаях приводило даже к полному очищению культур от инфекции.
И. Вылегжанин.

306. *Менструация, беременность и тbc легких.* Vaueg (Schweiz. m. Woch., 1926, № 47) отмечает, что незадолго до наступления регул у тbc больных наблюдается ухудшение аускультаторной и перкуторной картины, а также легкое повышение температуры. Более значительные повышения ¹ перед и во время регул указывают на активность процесса в легких. Особенно серьезное значение имеет высокая лихорадка в конце menses или вскоре после их появления. Содержание холестерина в крови дает возможность до некоторой степени ставить прогноз тbc у беременных, ибо чем больше холестерина, тем прогноз лучше. С улучшением социальных условий уменьшится необходимость прибегать к прерыванию беременности при тbc. Показания к аборту здесь должны быть устанавливаемы лишь после продолжительного наблюдения. Легкие и средней тяжести случаи тbc при санаторном лечении могут дать улучшение и излечение процесса и при наличии беременности. В послеродовом периоде необходимо тщательное наблюдение за больной.
А. Т.

307. *Тbc половой сферы и конституция женщины.* А. Мауег (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul., Bd. 63, H. 6) считает, что тbc половой сферы у женщин встречается немного чаще, чем у мужчин; наоборот, тbc перитонит у женщин в $4\frac{1}{2}$ раза чаще бывает связан с тbc гениталий, чем это бывает у мужчин. При генитальном тbc часто находим признаки инфантилизма и гипоплазии, причем нередко можно установить недостаточность половой дифференцировки: отсутствие женственной пропорциональности тела, отсутствие или недостаточное развитие растительности с уклоном в сторону мужского типа. У одной трети исследованных больных, в особенности с тbc перитонитом, menses появились с значительным опозданием. У женщин, заболевших тbc половых органов, в периоде созревания нередко отмечаются такие расстройства, как аменоррея, олигоменоррея, гипоменоррея и дисменоррея. Обычно такие женщины бывают стерильны (при чистом тbc придатков в 92,3%). Гоноррея к заболеванию тbc не предрасполагает, равным образом редко сочетаются рак труб и тbc.
А. Тимофеев.

б) Хирургия.

308. *Стерилизация кэтгута 1% водным раствором малахитовой зелени.* Проф. С. А. Баккал (Нов. Хир. Архив, № 48, 1927) на основании экспериментальных исследований и 52 случаев успешного применения при операциях на людях считает малахитовую зелень мощным бактерицидным средством, убивающим в 1% водном растворе все микроорганизмы в сыром продажном кэтгуте. В частности раствор этого вещества уничтожает в течение трех дней споры си-

бирской язы, причем после обработки им кэгут не только не теряет своих физических свойств, но даже становится несколько прочнее. Скорость, простота и дешевизна обработки, хорошие физические качества, хорошая рассасываемость и абсолютная стерильность дают основание считать этот метод стерилизации кэгута заслуживающим серьезного внимания хирургов.

П. Цицмесс.

309. *Влияние хлороформного наркоза на химический состав мозга.* Исследования М. Я. Серейского (Журн. Эксп. Биол., т. V, № 13) показали, что хлороформный наркоз вызывает повышенное содержание липоидов как в сером, так и в белом веществе мозга, причем увеличение холестерина и ненасыщенных фосфатидов резче в белом веществе. Повышение содержания азота в мозговом веществе после наркоза настолько незначительно, что автор считает возможным говорить лишь о тенденции к нему.

Р.

310. *Головные боли после поясничной анестезии* наблюдаются, как известно, почти всегда, являясь одним из самых неприятных спутников ее. Наилучшим средством против этих болей Vidlicka (Braisl. Lek. Listy, 1925, oit.) считает применение салициловых препаратов вообще и ацилпирина (препарат, фабрикуемый в Чехо-Словакии) в частности.

Р.

311. *О локализации и метастазах рака пищевода.* Почти половина всех случаев рака пищевода, по данным А. Klein'a (Arch. f. klin. Chir., Bd. 145) падает на область бифуркации. Преобладает это заболевание у мужчин и в общей раковой статистике занимает второе место после рака желудка, встречаясь чаще всего на шестом десятке лет. Обычно в пищеводе развивается плоскоклеточный рак, который поздно дает метастазы; поэтому треть всех аутопсий при раках пищевода бывает без нахождения метастазов. Своевременная правильная диагностика зависит от методов исследования; к сожалению, больные часто обращаются к врачебной помощи лишь тогда, когда у них едва проходит жидкость. Применяемые в настоящее время методы лечения этой болезни заключаются в лекарственной терапии, бужировании и применении лучей рентгена или радия, причем последнему методу придается особенно большое значение. Если эти методы оказываются бессильны, то автор рекомендует радикальное оперативное воздействие на пораженный пищевод.

П. Цицмесс.

312. *К оперативному лечению желчнокаменной болезни.* Anschütz (Deut. med. Woch., 1926, № 44) полагает, что при желчных камнях раннее оперативное вмешательство в смысле Enderlen'a-Hotz'a (т. е. до 40 лет), притом во время интервала между приступами, является тем более показанным, что опасность операции во время приступа (при лихорадке или желтухе) с возрастом значительно повышается. Напротив, будучи производима во время паузы, операция с возрастом делается лишь немного более опасной (до 60 лет % смертности равен 1—2, позже—от 4 до 5). Впрочем принципиально производить операцию возможно рано,—так, как это рекомендуется при аппендиците,—автор при желчных камнях не советует: при легких припадках, по его мнению, можно ограничиваться неоперативным лечением и лишь при более сильных прибегать к операции. Отдаленные результаты оперативного лечения желчнокаменной болезни, по А., иногда бывают не вполне удовлетворительны; лучшие результаты могут быть получены, если усовершенствовать технику операции, оперировать своевременно и избегать случаев с нервной дисфункцией.

В. Сергеев.

313. *Лечение острых гнойных перитонитов* обсуждалось в качестве программного вопроса, на последнем съезде Немецких Хирургов (Arch. f. klin. Chir., Bd. 142, 1926). Докладчик Kirschner на основании материала в 11,619 случаев из 38 хирургических клиник устанавливает следующие принципы лечения острого гнойного перитонита: всякий случай острого перитонита, поскольку он вообще операбилен, должен немедленно быть оперируем; только гонококковые и пневмококковые перитониты составляют исключение. Операция должна проводиться с минимальной общей и местной травмой. Разрез проводится или в области очага инфекции, или срединный. Главной целью операции является надежное выключение источника инфекции возможно простым путем. Обширной эвентрации кишечника при операции следует избегать. Очищение брюшной полости от экссудата при общем перитоните производится при помощи орошения физиологическим раствором, при местном процессе—вытиранием. Не рекомендует докладчик применять механического опорожнения кишек при операции, а также накладывать пер-