

и три случая кишечных кровотечений. В случае, описанном Schmilinsk'им, можно ясно видеть, как опасны бывают иногда последствия от принятия фенолфталеина в кишечнике, и к каким ложным заключениям они могут приводить. После данного ребенку приема фенолфталеина выявились симптомы, указывавшие на аппендицит. Пользующему врачу не было известно, что ребенок принял 0,2 фенолфталеина. После постановки диагноза аппендицита ребенок был оперирован, но, однако, ничего болезненного в червеобразном отростке и в брюшине у него найдено не было. После операции наступила желтуха, в крови было найдено уменьшение числа эритроцитов вследствие гемолиза, а также гиперлейкоцитоз. Эта гемолитическая желтуха длилась 8 дней. Blumenthal установил у одного из своих пациентов, врача, темную окраску мочи после приема 0,15 фенолфталеина; на следующий день появились рвота, одышка, и наступил общий упадок сил; на второй день появилась желтуха с лихорадкой в 38,8°; моча содержала много белка; при микроскопическом исследовании были обнаружены многочисленные цилиндры, эритроцитов же найдено не было.

Вышеприведенные выдержки из токсикологической литературы ясно указывают, насколько ядовит может быть фенолфталеин. Опасность подобных вредных последствий и отравлений тем более велика, что фенолфталеин входит, повторяю, в состав по меньшей мере 120 различных препаратов, фабрикуемых в различных странах. Вышеуказанные наблюдения должны заставить нас присоединиться к требованию Schliep'a, Schelenz'a и других авторов, требующих замены фенолфталеина другими, более действенными и к тому же неядовитыми препаратами.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Alexander. Med. Klinik, 1921, № 49.—2) Ayres. Jour. of Am. Med. Ass., 77, № 22.—3) Best. Ztschr. D. Medizinalb., 1906, № 12.—4) Bondurant (Oklahoma). The Urologic and Cutaneous Review, 1926, t. 30, № 10.—5) Bromberg. Apothekerzeitung, 1916, № 65.—6) Corson a. Sidlick. Journ. Am. Med. Assoc., 1922, 78, p. 882.—7) Fürbringer. Deut. m. Woch., 1917, № 27.—8) Holz u. Blumenthal. Med. Klinik, 1905, № 33; Berl. klin. W., 1905, № 29.—9) Hydrick. Journ. of biol. chem., 1914, t. 17, p. 36.—10) Lewin. Arch. f. Derm. u. Syph., 1925, Bd. 11, S. 870.—11) Orland. Med. Klinik, 1913, № 17.—12) Ortner. Vorlesung über spezielle Therapie, 1907.—13) Rosenbloom. Journ. Am. Med. Assoc., 1922, p. 967.—14) Rosenstein. Münch. med. Woch., 1920, № 9.—15) Roux. Therapeut. Monatsber., 1914, № 7.—16) Rühle. Klin.-therap. Woch., 1914, № 23.—17) Schliep. Münch. med. Woch., 1919, № 45.—18) Schmilinsky. Deut. med. W., 1922, № 39.—19) Silberstein. Therap. Halbmonatshefte, 1921, № 11.—20) Scheer. Arch. f. Derm. u. Syph., 1924, Bd. 9, S. 264.—21) Sautze. Bull. Soc. des sc. med. et biol. de Montpelier, jan. 1923, p. 1920.—22) Unterberg. Therapie der Gegenwart, 1902.—23) Wise and Abramowitz. Arch. of derm. a. syph., 1922, 5, p. 297.—24) Zabel. Deut. m. Woch., 1916.

Рефераты.

а) Туберкулез.

401. К методике исследования *Koehli's* палочек. Gutman n (Beitr. z. Kl. d. Tbc., Bd. 66, H. 3) рекомендует пользоваться для этой цели Dunkelfeld'ом. По его наблюдениям: 1) в затемненном поле облегчается нахождение палочек, в особенности при скудном количестве их; 2) контрастная окраска не только не скрывает бацилл, но дает возможность видеть и др. составные части мокроты; 3) исследование в Dunkelfeld'e технически просто и доступно каждому врачу. Исследование кала и мочи на бациллы Кош'а ведется по тому же принципу.

М. Ойфебах.

402. Значение наследственности при тбс. Bredow (Zeit. f. Tbc., Bd. 46, H. 6), обследовав 2000 тбс больных, лечившихся в санаториях, нашел, что лишь 40% из них принадлежало к числу наследственноотягощенных, а почти у 60% никакого

отягощения не было. Не представляли эти две группы больных какой-либо разницы и в степени развития тbc. Наконец, нельзя было между ними подметить разницы и в смысле успеха лечения. Р.

403. *Гематогенная генерализация тbc.* Добромьельский (Вопр. Туб., 1927, № 7) приводит редкий случай поражения туберкулезом щеки, верхней губы и десны у взрослого больного, страдавшего одновременно тbc легких, гортани и кишок. Автор трактует этот случай, как случай генерализации тbc процесса гематогенным путем, наступившей после ряда неблагоприятных моментов (голод, цинга). Наблюдавшееся у больного развитие поражения гортани сначала в черпаловидных хрящах, а лишь затем во всем наружном кольце гортани еще больше подтверждает гематогенное, а не ингаляционное заражение (Blumenfeld).

Ойфебах.

404. *Туберкулез легких и кожи.* Iordani (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 150) подтверждает мнение авторов относительно редкости одновременного заболевания тbc легких и тbc кожи. Но зато при легочном тbc встречаются относительно часто другие кожные заболевания. На материале в 300 случаев автор видел: экзему — в 4%, hypertrichosis — в 33%, seborrhoe головы — в 16%, pityriasis versicolor — в 3%, атрофию кожи — в 8%, acne vulgaris — в 10% и т. д. Автор усматривает причину этих кожных заболеваний в изменении функции желез внутренней секреции под влиянием тbc.

М. Ойфебах.

405. *Хирургическое лечение двустороннего тbc легких.* Borchardt, Dünner и Mecklenburg (Med. Klin., 1927, № 4) применяют при двустороннем тbc легких с более пораженной стороны пнеймоторакс, а с другой — френисектомию. В случаях, где повреждения расположены симметрично, френисектомию лучше применять на стороне, которая представляется клинически и радиграфически более предрасположенной к склерозу, пнеймоторакс же применяется на той стороне, где есть каверна. Во всех случаях рекомендуется в первое время производить один пнеймоторакс, френисектомия же должна быть произведена с противоположной стороны через 1 или 2 недели. Практически полезно повторять небольшие вторичные вдувания с промежутками, продолжительность которых определяется состоянием больного, обилием мокроты и т. кривой. Указанный метод был применен авторами в 8 случаях, причем в 4 он дал улучшение, в остальных — смертельный исход. В заключение авторы указывают, что несмотря на свою кажущуюся простоту, френисектомия нередко сопровождается осложнениями и может быть доверена лишь операторам, хорошо знакомым с хирургией шеи. П. Шидловский.

406. *Двусторонний пнеймоторакс при тbc легких.* Maendel (Wien. kl. Woch., 1927, № 11), изучая результаты лечения тbc легких двусторонним пнеймотораксом, пришел к заключению, что одновременное выполнение искусственного пнеймоторакса с обеих сторон является нежелательным. Более выгодно производить эту операцию сначала с одной стороны, потом с другой. М. Ойфебах.

407. *Идеальный пнеймоторакс.* Оеконотоморилу и Рараниколау (Zeit. f. Tub., 1927, № 2), разбирая вопрос об идеальном пнеймотораксе, высказываются что пнеймоторакс, при котором происходит колябирование пораженной части легкого и манометральное давление не переходит 0, не уступает в своем терапевтическом эффекте тотальному пнеймотораксу М. Ойфебах.

б) Внутренние болезни.

408. *О травматическом диабете.* Проф. Umberg и доц. Rozenberg (Klin. W., 1927, № 1) не находят ни одного неопровержимого — ни экспериментального, ни клинического — доказательства в пользу того, что какое-нибудь повреждение может вызвать настоящий диабет. Зато несомненно, что от тяжелых телесных или душевных травм может возникать экстраинсулярная гликозурия. Равным образом каждая телесная или психическая травма может ухудшать имеющийся диабет, а следовательно — делать явным скрытый.

409 *К вопросу о грудной жабе.* В лекции своей о грудной жабе проф. F. Küls (Klin. Woch., 1927, № 20) так итигирует современное состояние учения об ней: главными симптомами болезни являются сопровождаемые страхом смерти стеснение сердца и боль, распространяющаяся в плечи, руки, глотку и подбородок, или epigastrium и половые органы; толчком к припадку служат: телесное напряжение,