

спериментальную бленоррею удается получить лишь у молодых кроликов, причем не каждый штамм человеческого гонококка дает здесь положительный результат. В дальнейшем первыми генерациями гонококка, выделенного от кролика, можно заражать других кроликов почти безошибочно, тогда как в последующих генерациях вирулентность культуры падает. Иммунитета экспериментальная бленоррея не дает, так как кролики могут быть заражены повторно. Р.

г) Туберкулез.

512. *К патогенезу легочной чахотки.* Как известно, принято думать, что смертельная легочная чахотка у взрослых развивается обычно из т. наз. верхушечного процесса. Redeker (Deut. m. W., 1927, № 3) утверждает, однако, что это бывает лишь в исключительных случаях. Исходным пунктом смертельной легочной чахотки у взрослых, в том числе и галолирующей, является обыкновенно „ранний инфильтрат“—как его называет К.—располагающийся чаще всего в подключичной области или в средней части легкого. „Равный инфильтрат“ этот зачастую просматривается, так как он не дает зачастую никаких субъективных припадков. Дальнейшая судьба его различна: он или рассасывается, или подвергается индурации, или, наконец, подвергается центральному размягчению с дальнейшим аспирационным распространением процесса. Р.

513. *Табачное производство и тbc.* Обследав заболеваемость бугорчаткой у рабочих I Гостабачной фабрики в Одессе (1100 чел.), д-р М. А. Хува (Гиг. Тр., 1927, № 8) пришел к заключению, что влияние профвредностей табачного производства на заболеваемость и развитие тbc занимает второстепенное место. Автор соглашается с немецкими гигиенистами, что заболеваемость и развитие тbc зависят здесь главным образом от конституции организма и социально-бытовых условий и лишь в последнем счете—от профессии. Р.

514. *Сифилис и тbc.* Кан (Вопр. Туб., 1927, № 9), изучив клиническое течение тbc легких у люэтиков, нашел, что сочетание обеих инфекций встречается нередко (на 1300 больных 64 раза, т. е. в 5%), причем тbc, присоединяющийся к старому третичному сифилису, протекает с наклонностью к фиброзу, присоединение же сифилиса к имеющемуся тbc ухудшает течение последнего и отягощает прогноз. Если, далее, у сифилитика тbc присоединяется во вторичном периоде, то это ведет к хроническому прогрессированию тbc процесса. Автор обращает, затем, внимание на наличность гипертонии при открытых формах тbc и несоответствие в реакции оседания эритроцитов,—то и другое должно заставить клинициста подумать о наличии, наряду с тbc, еще другой хронической инфекции.—чаще всего сифилиса. Что касается лечения, то, по Кану, надо соблюдать особую осторожность при лечении фтизиков от lues'a, в виду возможности ухудшения со стороны тbc очагов в легких. М. Ойфебах.

515. *Искусственный пнеймоторакс.* Вульфович (Вопр. Туб., 1927, № 8), анализируя свой материал в 196 случаев искусственного пнеймоторакса, прослеженных автором от 6 месяцев до 11 лет, устанавливает, что в 8% у него получилось клиническое выздоровление и в 65%—улучшение с частичным восстановлением трудоспособности, т. е. в 73% искусственный пнеймоторакс оправдал свое применение. Подкожные эмфиземы наблюдались 12 раз, пнеймоплевриты—в 25% (из них в 6 случаях с гнойным экссудатом), спонтанный пнеймоторакс—1 раз. Небольшой % пнеймоплевритов автор отчасти объясняет тем, что возможность широкого пользования рентгеном (необходимым для распознавания небольших плевритов) он получил лишь за последние годы. У 57 больных, т. е. 29% всего материала, автору наложить пнеймоторакс не удалось из-за плевральных сращений. М. Ойфебах.

д) Внутренние болезни.

516. *Реакция Roffo.* В свое время Roffo, для распознавания рака, была предложена реакция, основанная на том, что раствор известной краски Neutralrot различным образом реагирует с кровяной сывороткой здоровых субъектов и раковых больных. Техника этой реакции такова: к 2 куб. сант. чистой, свободной от гемоглобина сыворотки прибавляют 5 капли 10/100 раствора Neutralrot; нормальная сыворотка принимает при этом желтоватую окраску, сыворотка же раковых больных—красноватую. Проверив эту реакцию, Н. Hilariovicz и W. Jancko-

w ska - Hilagowicz (Zentr. f. Chir., 1927, № 24) нашла, что она является неспецифической для злокачественных новообразований и значения для раннего распознавания рака не имеет.

И. Цимхес.

517. *О значении овощей в диете больных.* В течение 6 лет наблюдения над действием соков овощей (капусты, свеклы, цветной капусты, свиней капусты, картофеля) на секреторные функции желудка у 20 людей со здоровыми желудками, у 61—с больными желудками и у 1 собаки с желудком, изолированным по Heidenhain-Павлову, проф. Orłowski (Presse méd., 1927, № 31) пришел к выводу, что соки эти усиливают отделение желудочного сока и повышают в нем общую кислотность, содержание свободной HCl и пепсина, причем усиление работы желудка стимулируется исключительно химическим раздражением со стороны азотистых (небелковых) веществ, содержащихся в овощных соках. Исходя из этих данных, автор, в противоположность другим (Boas, Wegele и Javogski), рекомендуя употребление овощей в случаях гиперхлоридрии и язвы желудка, считает показанными овощные соки при болезнях желудка на почве гипохлоридрии, при катаррах кишечника, сопровождающихся поносами вследствие ослабления секреторной деятельности желудка, и других заболеваний, связанных с потерей аппетита в результате недостаточности слизисточной секреции, а также при тbc легких. При желудочно-кишечных заболеваниях автор рекомендует давать овощные соки в супах или пюре перед едой.

И. Тарнопольский.

518. *К этиологии и терапии хронических язвенных колитов.* На основании многочисленных наблюдений проф. А. Г. Алексеев (Клин. Мед., 1927, № 17) приходит к выводу, что хронический язвенный колит—микробное неинфекционное заболевание, часто наслаивающееся на бывший до него язвенный процесс (острая бациллярная дизентерия и др. инфекционные колиты). В жарком климате болезнь эта может возникать без предшествовавшего острого поражения кишечника, на почве спастических запоров. Специфической терапии при хроническом язвенном колите быть не может. Симптоматическая терапия в тяжелых случаях оказывается безуспешной, и тогда задача врача заключается в повышении общего состояния больного, что может быть достигнуто путем климатического и санаторного лечения.

Р.

519. *Лечение желудочных кровотечений.* Strauch (Deut. m. W., 1927, № 4) при остром кровотечении рекомендует покой физической и душевной, воздержание от морфия, капельные клизмы из поваренной соли или виноградного сока, в течение 3 дней полное воздержание от пищи, при надобности 10% выпрыскивания NaCl и в случае нужды сердечные средства а позднее—эскалин или висмут с белладонной наряду с питательными клизмами, осторожное питание по Leube или Lenhartzu, раннее лечение вторичного малокровия выпрыскиваниями мышьяка или переливанием крови. Спустя около 3 недель, производится возможно точная установка причины кровотечения (х-лучи!). При повторных кровотечениях всего целесообразнее хирургическое вмешательство, для чего необходимо возможно раннее совещание терапевта с хирургом. Из операций наиболее подходит здесь резекция язвы, только не обширная; лишь при невозможности ее или у пожилых и слабых больных уместна гастроэнтеростомия.

С. С-в.

520. *К лечению гелиминтиаза.* С. Куракин (Вр. Г., 1927, № 18) в 88 случаях (в 50 сл. при bothriocephalus latus и в 38—при thaenia) произвел изгнание глистов при помощи дуоденального зонда. Накануне больному, после ужина, давалось 40,0 inf. sennae salin., утром ставилась клизма, и натощак вводился дуоденальный зонд—сначала в сидячем положении больного, сант. на 45—50, а затем больной укладывался на правый бок, причем ему предлагалось глубоко дышать и не закусывать зонд зубами. Зонд автоматически, перистальтикой желудка, проходил через pylorus и попадал в duodenum, о чем можно было судить по реакции отсасываемой шприцем жидкости, по получению прозрачной золотистой пробы или по цветной пробе (молоко, метиленовая синька). Удостоверившись, что зонд попал в 12-перстную кишку и обождав еще 5—10 мин., автор вводил посредством 10-граммового шприца 25,0 inf. sennae, потом 1,5—2,5 extr. filicis maris aether. (чтобы экстракт. был не очень густ, автор прибавлял к нему предварительно эфир, в количестве 1½—2 куб. сант. на 5,0 экстракта) и сразу же—еще порцию inf. sennae в 25,0. Из 88 случаев автора положительный результат при