

б) Общая патология и патологич. анатомия.

100. *О разрывах аорты.* Paul Kaczander (Zeit. für Kreislauff. H. 22, 1928), приводя два закончившиеся смертью случая разрыва аорты и литературу вопроса, делает тот вывод, что при функционально-механических, равно как и при анатомо-гистологических изменениях стенки сосуда, последний одинаково реагирует на могущие вести к разрывам аорты травмы эндо- и экзогенного характера.
С. М. Райский.

101. *Пигментация легких и несостоятельность антракоза.* André Jeusset (La presse médicale, № 3, 1928) отмечает, что при тщательном сравнительном химическом анализе частей легкого старика, окрашенных и неокрашенных угольным пигментом, в первых находят избыток железа. С другой стороны, анализ черноватой мокроты старых бронхитиков и анализ неокрашенной мокроты указывают на повышенное содержание железа в первой. Эти факты привели к особому пониманию антракоза. Учение о поглощении угля легкими приемлемо лишь в исключительных случаях; обычная пигментация легких стариков зависит от накопления железистых шлаков, отлагающихся в тканях при последовательных воспалениях, из которых *tbc* является наиболее ответственным. Автор приводит случаи пигментации легких детей и сельских жителей и случаи абсолютно чистых легких у стариков, живших в дымной атмосфере. Пигмент заключен главным образом в т. наз. пылевых клетках, расположенных по ходу сосудов. При исследовании мокроты оказалось, что белая и желтая мокрота на 100,0 сухого остатка имеет 10—15 mgm железа, серая—20—50, черная—100—300. Нахождение пигмента около сосудов говорит за его кроверодную природу. Железо при кардиопатиях отлагается при разрешении пассивного воспаления; у стариков отлагается в результате разрешения хронических воспалений ткани; это предположение основано на том, что окрашенные клетки встречаются в воздухоносном аппарате в течение всех инфекционных процессов. Главная роль в запылении легких железом принадлежит *tbc*, оставляющему после себя пигментацию легких. При определении количества железа в легких животных здоровых и зараженных туберкулезом у первых его было меньше, чем у вторых.
В. Журавлева.

в) Туберкулез.

102. *Tbc трахеи.* Обработав секционный материал Ялтинского туб. Ин-та, Добромыльский (Журнал ушн., горл., носов. бол., 1928 г. № 11—12, стр. 662) считает, что *tbc* трахеи, являясь всегда вторичным, сопровождается *tbc* гортани в половине всех случаев и поражает чаще всего нижнюю треть. Механизм заражения трахеи неясен. *Tbc* трахеи, особенно язвенный, вызывает пароксизмальные приступы мучительного кашля.
Б. Лебедевский.

103. *О лечении кожного tbc антивирусом.* Arzt (Derm. Ztsch. Bd. 53, S. 12) применил антивирус 7 больным с явлениями кожного *tbc* (*lupus vulgaris*, *erythema induratum Bazin*), у которых не отмечалось явных признаков внутреннего туберкулеза. У большинства больных получился сильная общая и местная реакция, выразившаяся повышением t^0 , ознобом, обморочным состоянием, покраснением и припуханием участка кожи, где был приложен антивирус. После заживления язвенных поверхностей применялись физические методы лечения (радий, рентген). Автор не делает определенного вывода относительно этого способа лечения на основании своего небольшого материала, но считает, что лечить антивирусом кожный *tbc* можно и притом только в больницах, под строгим врачебным контролем.
А. Дмитриев.

104. *Katarr легочных вершешек или ранний инфильтрат?* Kayser-Petersen (Münch. med. Woch., 1928 г., № 7) из 304 случаев закрытых форм *tbc* лишь в 89 отмечает вершешечные изменения, 68% из них находятся под наблюдением свыше 2 лет, а 23%—9 и больше лет. Повидимому, вершешка создает благоприятные условия для ликвидации *tbc* процесса и образования заглохших, неактивных форм. Зато ранний инфильтрат во многих случаях является началом *tbc* легких. Обычно он представляет собою один округлый очаг, либо несколько небольших с перифокальной инфильтрацией. По течению автор различает: 1) бесследное рассасывание инфильтрата; 2) его излечение с образованием рубца, причем нередко в этот рубцовый процесс захватывается вершешка; 3) распад тканей с образованием каверны; 4) диссеминация вокруг очага и в другие отдаленные

участки. Прогноз хотя и удовлетворительный, но все же необходима осторожность. Диспансерам, по мнению автора, необходимы хороший рентген и опытный рентгенолог, ибо на них ложится обязанность вылавливать среди своих больных носителей этих ранних форм со скудными субъективными и объективными данными.

Ойфебах.

105. *О фтизе у диабетиков и его терапии искусственным пнеймотораксом.* Doren-dorf (Mediz. Klin., 1928 г., № 13) приводит 5 случаев прогрессирующего тбс у диабетиков, давших хороший результат при комбинированной терапии пнеймотораксом и инсулином. Пнеймоторакс улучшает, повидимому, усвояемость углеводов и отсюда возможность терапии диабета и без инсулина. Пнеймоплеврит, осложняющий искусственный пнеймоторакс, ведет к кратковременному понижению усвоения углеводов.

Ойфебах.

г) Физиотерапия.

106. *Влияние ультрафиолетовых лучей на операционные и послеоперационные кровотечения из носоглотки.* Матвеев и Каменцева (Физиотерапия, 1927, № 4), вынесли впечатление, что под влиянием ультрафиолетовых лучей в организме происходят изменения, вследствие чего понижается степень кровоточивости как во время операций на носоглотке, так, главным образом, и в послеоперационном периоде. После курса освещения у больных отмечались подъем общего состояния, улучшение носового дыхания и, в случаях гипертрофии аденоидов,—некоторое уменьшение их, а равно уменьшение набухлости слизистых носа и носоглотки.

Л. Н. Клячкин.

107. *Лучи Вуда, их практическое применение и значение в медицине.* Меньшиков (Москов. мед. журн., 1928, № 2) описывает лучи Вуда; они входят в невидимую часть спектра в области ультрафиолетовых лучей (на границе спектра) и получаются от ртутно-кварцевой лампы при помощи экрана Вуда. Характерная их особенность—они заставляют флюоресцировать самые разнообразные тела с характерным для каждого тела цветом и оттенком. Благодаря указанному свойству лучи Вуда имеют большое значение в промышленности, биологии, судебной медицине, гигиене, дерматологии и т. д. (Наши немногочисленные опыты с применением лучей Вуда в серологии сифилиса для отличия сифилитических сыворок от нормальных указывают, что в данной области лучи Вуда не имеют практического значения. *Реф.*).

А. Вайнштейн.

д) Рентгенология.

108. *Рентгеновская картина митральных стенозов.* Prof. H. Dietlen (Zeit. für Kreislauff. H. 23, 1928) говорит, что сравнительно редко встречающиеся чистые митральные стенозы имеют характерную рентгеновскую картину. Большей же частью рентгеновское митральное сердце фактически является изображением разных других форм патологического сердца, как напр., псевдо-стеноза (при сморщ. туб. процессе легких), одновременного существования при митральном стенозе митральной или аортальной недостаточности, хронич. гипертонии, тиреотоксикоза, миодегенерации.

С. М. Райский.

109. *Для лечения папиллом гортани* Josef Spira (Monatschr. f. Ohrenheilk. Bd. 62 H. 4. 1928, стр. 396) рекомендует R-лучи. После нескольких сеансов исчезает затруднение дыхания, улучшается голос. Рецидивы иногда бывают. Дозировка точно не установлена, рекомендуется осторожность во избежание повреждения весьма чувствительной детской гортани. 3 случая подвергнутых рентгено-терапии дали хороший результат.

Б. Лебедевский.

е) Внутренние болезни.

110. *О влиянии приготовления пищи на усвоение ее.* Опыты H. Salomon'a (Arch. für. Verdauungskr., Bd. 42, № 1—2) не дали разницы между усвоением пищи вареной и сырой. Последняя, впрочем, во всяком случае, каких-либо преимуществ не представляет. Скорее приходится принять, что вследствие худшего всасывания в кишечнике, сырая пища иногда может вредить.

С. С-в.

111. *Малярийные заболевания сердца.* Benhamoni и Marschioni (Arch. de mal. de coeur, 20, 1928) указывают на целый ряд случаев недостаточной деятельности сердца у больных, страдающих малярией. Речь идет не о миокардите, но о миокардии, т. е. о функциональной недостаточности сердца вслед-