

## Туберкулез.

67) *Вакцинация BCG*. Lancelotti сообщает (Pr. Med. № 42, 1932) о 5-летних наблюдениях над детьми города Rochelle, где из 2694 детей не вакцинированных BCG в течение первого года жизни умерло 9,9%, тогда как среди 1800 детей, вакцинированных BCG, смертность в этот же срок была только 5,2%.

Н. Крамов.

68) *Алкоголизм и туберкулез*. Agnould, рассматривая (Pr. Med. 1932, № 48) таблицы смертности от туберкулеза в Германии за период 1890—1929 г. и данные о потреблении алкоголя, о количестве психозов на почве алкоголя, случаев лечения в госпиталях по поводу алкоголизма, равно как и случаев цирроза печени за этот же период приходит к выводу, что нет никакой связи между туберкулезом и алкоголизмом. В то время (в 1896—1914), как кривая смертности от тбк продолжает падать, потребление алкоголя нарастает. За время войны 1914—1918 г. потребление алкоголя резко падает, а смертность от тбк нарастает. С 1920 г. по 1929 кривая смертности от тбк снова начинает падать, а потребление алкоголя за это время нарастает, равно как и нарастает число случаев лечения от алкоголизма, алкогольных психозов, цирроза печени. Так, за 1920—1929 г. число случаев цирроза печени увеличилось вдвое, число случаев лечения алкоголизма утроилось, число больных, леченных в учреждениях для психически-алкогольных больных, увеличилось в 6 раз, а смертность от тбк за это же время снизилась на  $\frac{1}{3}$ . На фоне этих данных выделяется 1929-й год—год инфляции в Германии, когда алкоголизм падал, тбк нарастал.

„Нет взаимозависимости между тбк и алкоголизмом. И тот и другой находятся в зависимости от третьего фактора экономического состояния населения. Борьба против алкоголизма нужна, но она не является методом борьбы с тбк, как это думают еще многие врачи“—заканчивает автор.

Н. Крамов.

69) *Беременность и туберкулез*. Levy-Lenz (Z. f. d. G. Tub. z. H. 11), считая беременность неблагоприятным фактором в течении тбк легких, видит в искусственном прерывании не лечебное средство, а только освобождение от вредного влияния б. Прерывание б. без последующего специфического лечения тбк бесполезно. Показаниями для прерывания б. а. считает тбк, протекающий с казеозом, распадом, ВК, пневмонические формы тбк гортани, тбк почек. Не показан для прерывания т. н. рудиментарный тбк (абортивный верхушечный тбк). Лучшие результаты получаются при прерывании б. на 2—3 месяце.

Н. Крамов.

70) Vergesi сообщает (там же) о 46 случаях тбк у беременных, где в 31 случае с преимущественно цирротическими и не прогрессирующими формами тбк легких беременность закончилась благополучно, требовалось только общее укрепляющее лечение. 9 случаев с искусственным пневмотораксом или фревикоккзерезом, проведенной в условиях санаторного лечения, также имели нормальное течение, и только в 3 случаях далеко зашедшего тбк (поражение гортани и т. п.) беременность была прервана. А. заявляет: при соответствующих мероприятиях большинство туберкулезных матерей могут без вреда вынашивать детей“.

Н. Крамов.

71) *Миллиарный туберкулез, случайно обнаруженный на вскрытиях*. Deelman сообщает (Z. f. d. g. Tub. 36, H. 11) о 3 случаях милиарного тбк, неожиданно обнаруженного на аутопсии. 1-й—15-летний юноша из тбк семьи, никогда не чувствовал себя больным, умер от несчастного случая; обнаружены милиарные высыпания в легких и в печени. 2-й—34 летний мужчина умер от опухоли мозга, на аутопсии обнаружены милиарные тбк высыпания в легких, селезенке, печени. 3-й—29 летний мужчина умер от кишечного язвенного тбк, аутопсия дала неожиданную находку—старый милиарный тбк в легких, печени, селезенке.

Н. Крамов.

72) *60 случаев тбк легких, леченных солями золота*. (Pr. Med. 1932, № 62). Dumarest, Lebeuf вводили интрамускулярно 2—3 раза в неделю по 0,1—0,2 препарата золота Solganol больным различными формами легочного тбк и получили анатомические изменения с выздоровлением в 23%, улучшение с неполными анат. изменениями—в 37%, симптоматическое улучшение без анат. изменений в 10%. На ряду с резким клиническим улучшением (исчезали ВК, вы-

равнивалась  $T^0$  и т. п.) а.а. отмечали рентгеноскопически исчезание каверн. Лучшие результаты получались в свежих случаях тбк, плохие результаты—в случаях диффузных фиброзных изменений и в старых процессах. А.а. предпочитают масляную суспензию Solganelli в водным раствором препарата.

Н. Крамов.

73) Искусственный пневмоторакс—отдаленные результаты. Veгап (Presse Med. № 10, 1932) разобрал 226 случаев п. т. В 60% п. т. прекращен по медицинским показаниям. В указанных случаях одностороннего п. т. длительное выздоровление—в 81%, относительное здоровье—в 11% и рецидивы в 8%. Лучшие результаты получены, когда коллапс продолжался 4 года после исчезновения ВК в мокроте. Чрезмерно длительное ведение п. т., более 6 лет, по меньшей мере бесполезно, иногда опасно.

Н. Крамов.

### Ото-рино-ларингология.

74) Профилактика заболеваний ушей у новорожденных. В целях борьбы с глухотой и заболеваниями уха Malherbe предлагает (Pr Med. № 16, 1932) стерилизацию носоглоточного пространства новорожденных. Это последнее является в подавляющем большинстве случаев очагом, откуда инфекция проникает в ухо. Подобно профилактике глаза, предлагается введение 2—3 капли 1% раствора протаргола, аргирола или колларгола в каждую ноздрю новорожденного.

Н. Крамов.

75) С. Thomson (The Journ. of Laryngol. otolog, 1931), ставит под сомнение необходимость операций, производимых с целью деканюляции. По его мнению, канюляры не подвергаются легочным страданиям, больше, чем свободные от трубки. Большого несчастья в ношении канюли автор не видит. Его больные с трубкой несли ответственные задания; но для канюляров невозможно купанье. Свои положения Thomson иллюстрирует клиническими наблюдениями. Женщина носит трубку 70 лет; родила 7 здоровых детей, второй больной носит канюлю 50 лет, умер в возрасте 81 г. от старческого истощения. Среди канюляров имеется одна танцовщица.

Проф. Трутнев.

76) Benjamins (Rev. de Laryngol, 1931 г.), приводит статистики американских авторов, которые наблюдают обилие легочных обессов после тонзиллэктомии: Cutler and Shleuter—1908 абсц., из которых 500 после операций; из последних 257 после тонзиллэктомии. Mayo—48 случаев после тонзиллэктомии, 14—после экстракции зубов, 38—после лапаротомий. Flick—172 абсцесса, из которых 97 после тонзиллэктомии. У европейцев это осложнение после тонзиллэктомии реже. Пути инфекции: 1) ингаляция септического материала в течение или непосредственно после операции. 2) Эмболия легких. Meyersohn бронхоскопировал 200 детей после тонзиллэктомии, произведенной под общим наркозом и нашел кровь в трахее в 77%. Sglauer—40%. Причину несоответствия статистик европейских с американскими автор видит в том, что европейцы оперируют под местной анестезией и в сидячем положении, американцы—под общим наркозом и в лежачем положении. Кроме того, Benjamins считает, что увеличению осложнений способствует оперирование при острых явлениях. Выводы: 1) Тонзиллэктомия должна производиться при холодном состоянии миндалин. 2) Верхние дыхательные пути должны быть здоровы. 3) Общая анестезия—исключение. 4) Предпочтительно прибавлять к анестезирующей жидкости адреналин. (при местной анестезии).

Проф. Трутнев.

77) D. Haumen и B. Russell. (The Journ. of Laryngol. otolog, 1931) предлагают новый способ лечения фронтитов. Поводом к применению этого метода послужило следующее обстоятельство. Врач, больной фронтитом, обратился за помощью, отказавшись от операции. «Вставьте мне какую-нибудь трубочку», заявил больной, изверившийся за 7 лет болезни в хирургических методах. Это было сделано. За 10 лет Douglas Haumen провел по этому способу 63 случая. Техника операции: местное обезболивание, разрез непосредственно под внутренним кондом брови. Не следует доходить до N. Supraorbitalis. Отделение периоста, перфорация передней стенки пазухи; отверстие делается величиною с горошину. Слизистая разрезается. Секрет высасывается. Серебряный или золотой зонд через рану вводится в пазуху и выводится в нос. К нижнему концу привязывается нитка, к ко-