

вытекла пенистая жидкость с единичными крупинками малины. Диагноз врача скорой помощи совпал с результатами вскрытия: смерть от асфиксии, аналогичной утоплению.

П. Ч., 50 лет, после трахеотомии по поводу туберкулеза гортани в течение пяти лет пользовался трахеотомической канюлей. При этом несколько раз, по словам жены, в результате скопления слизи в трахеотомической канюле «он чуть не задохся». Внутреннюю трубку он не носил, а наружную прочищал изогнутой проволокой, не вынимая ее из стомы. Однажды в присутствии близких он внезапно закашлялся, почувствовал резкое затруднение дыхания и, едва успев сказать своей жене об этом, повалился на пол. У него появилась резкая синюшность кожных покровов, дыхание прекратилось, наступили судороги, и через 5—6 мин он скончался.

При извлечении судебным медиком трахеотомической трубки просвет ее оказался плотно закупоренным густой слизисто-гнойной массой.

Заключение в результате вскрытия: смерть наступила от асфиксии.

В наблюдаемых нами случаях правильное оказание первой помощи могло бы спасти жизнь. Однако этого не случилось, так как близкие родственники оказались беспомощными. На наш вопрос, почему они не извлекли трахеотомическую канюлю, следовал ответ: «я боялась»; «я не знала, что нужно делать». В этих случаях бросятся в глаза безнадзорность трахеотомированного и грубое нарушение правил пользования трахеотомической канюлей. Эти факты свидетельствуют, что разъяснительная работа врачей среди таких больных и их близких должна сопровождаться практическим их обучением правилам обращения с трахеотомическими канюлями.

И. П. Арлеевский и Н. Н. Ягодинская (Лениногорск). Конъюнктивит от гудронной пыли

В результате попадания гудронной пыли у 5 рабочих, не пользовавшихся защитными очками, появились боль в глазах, ощущение инородного тела, резкая светобоязнь, слезотечение.

Конъюнктивита оказалась резко гиперемированной, роговица неповрежденной. Лечение: темные очки, в капывание в конъюнктивальный мешок 4 раза в день 0,25% раствора дикаина, 30% раствора альбуцида и введение 1% террамициновой мази.

Через 3 дня наступило выздоровление.

Асс. К. Б. Старосельская, орд. Е. В. Грицевская, Р. И. Слепова (Казань). Сравнительная оценка окраски туберкулезных палочек в флотационном слое плеврального эксудата по Циль-Нильсену и Озолу

Для врача-клинициста обнаружение туберкулезных бактерий в плевральном эксudate имеет большое значение.

В плевральных эксудатах туберкулезную палочку удается обнаружить по методу Циль-Нильсена по данным А. Е. Рабухина в 4% случаев, Н. А. Пустоваловой — только в 0,5%.

Получивший в последнее время распространение флотационный метод позволил обнаруживать туберкулезные палочки в данном материале несколько чаще. Н. В. Попова и Г. А. Вонзблейн из 15 плевральных эксудатов, отрицательных по Циль-Нильсену, методом флотации обнаружили туберкулезные палочки в четырех случаях.

На кафедре микробиологии Казанского медицинского института с успехом применяется комбинация метода флотации с окраской по принципу толстого мазка для исследования мокроты на туберкулезные бактерии. Это позволило при исследовании большого количества проб обнаруживать туберкулезные палочки в мокроте на 10—12% чаще, чем при обычном методе флотации (М. Г. Шром, Р. И. Алхан-Кемал).

Методика. Посуда обрабатывалась по методу А. А. Клебановой и А. Е. Скрябиной. Исследуемый материал переносился из пробирок в склянки Соксклета, куда добавлялось равное количество 0,5% раствора NaOH. Все содержимое энергично встряхивалось в течение 10 мин, затем добавлялся 1 мл ксиола и дистиллированная вода до метки 130—150 мл и снова встряхивалось 10 мин; после этого добавлялась дистиллированная вода до самого верха, и все содержимое отставалось в течение часа. Весь сливкообразный слой насыщался пастеровской пипеткой в равном объеме на 2 предварительно подогретых на закрытой водяной бане предметных стекла таким образом, что площадь каждого мазка равнялась $3,5 \times 1,5 - 2 \text{ см}^2$. Насыщалось 3—5 слоев.

Высушенные на водяной бане мазки окрашивались, первый — по классическому методу Циль-Нильсена, второй — по методу А. Э. Озола.

Препарят окрашивался карболовым раствором фуксина в течение 5 мин при отхождении паров обильно налитого на препарат фуксина, не допуская кипения. Так как раствор фуксина при продолжительном подогревании препарата испаряется, то необходимо по мере приближения момента его полного испарения добавлять новую порцию фуксина при строго горизонтальном положении стекла.

После пятиминутного охлаждения окрашенного препарата при комнатной температуре остаток фуксина сливается.