

*Кальметизация в медицинских семьях.* Pr. Med. 1932, 94.

Calmette собрал анкеты 282 мед. работников, вакцинировавших BCG своих детей. Из 514 детей, вакцинированных в 1924—1932 г., умерло 7 детей и только один из них от предполагаемого тбк. Проработка анкет, проданных на тщательных наблюдениях, подтверждает мысли 46 иностранных ученых, опубликовавших свое заявление в мае 1932г.: полная безвредность BCG; уменьшение общей смертности детей, вакцинированных BCG; почти полное отсутствие смерти от тбк вакцинированных детей в первые годы их жизни; BCG не переходит в вирулентное состояние.

Calmette гов., что вакцинация BCG должна быть проводима всем новорожденным и даже в семьях, где, по виду все здоровы, так как никто не знает, где ожидает их заражение. Вакцинация BCG должна стать такой же обычной, как прививка оспы.

Н. Крамов.

*Гематогенный туберкулез легких.* Med. Klin. 1932, 39.

H. Assmann различает след. формы гематогенного тбк легких: острый, подострый, хронический милиарный тбк, miliaris discreta, lymphangitis reticularis. Острый мил. тбк занимает незначительное место среди гематогенных форм легочного тбк. Подострый и хронический мил. тбк часто имеют доброкачественное течение, даже при распространенных высыпаниях бывает или рассасывание, или рубцевание очагов и выздоровление. С другой стороны, наблюдается инфильтрация с дальнейшим распространением процесса. Tbc mil. discreta—скупные высыпания, с ограниченной локализацией,—часто дают повод к плевриту. Lymphangitis reticularis характеризуется пятнистостью (с нежной сеткой, в петлях которой пятна) на рентгене, а клинически—цианозом и диспноэ (на почве гипертрофии правого сердца). Сравнивая клинические формы Assmanna, одного из крупнейших немецких фтизиатров, с классификацией, принятой в Каз. туберк. ин-те (опубликована в № 8 „Борьба с тбк“) мы видим, что не только в основном, но и в деталях обе классификации очень близки и уделяют гематогенным формам то место в клинике легочного тбк, какое он занимает в жизни. (Референт).

Н. Крамов.

T. Kating. *О выявлении тбк больных в общеврачебной практике.* (Med Kl. 1932, 39).

Большинство случаев раннего инфильтрата начинается без выраженных субъективных явлений, перкуторные и аускультативные изменения также незначительны или отсутствуют; все это ведет к тому, что основное требование: выявить действительно ранние формы тбк не удается. Рентген по понятным причинам не может охватить всех подозрительных на тбк. Авт. предлагает у всех амбулаторных больных, подозрительных на тбк, проводить исследование РОЭ, крови по Шилляну у взрослых и кожной тбклиновой пробы у детей. Найденные отклонения требуют рентгеноскопии этих больных. Из 436 больных, обследованных а., дали изменения картины крови в 57% (252 чел.). Когда эти 252 человека были подвергнуты рентген. обследованию, то обнаружено: 26 случаев активного тбк (8 случаев выраженного раннего инфильтрата, 10 сл.—ранних форм пригласного тбк с инфильтрацией легочной ткани, 8 сл.—активного далеко зашедшего тбк, до того времени не распознанного); 24 случая латентного тбк, до того времени не распознанного, 8 случаев тбк, бывшего ранее под подозрением. В 12 случаях было установлено активирование и ухудшение процесса. А. считает указанные реакции не специфическими для тбк, но имеющими большое практическое значение в общ. врачебной практике.

Н. Крамов.

*Рвота у нефритиков.* Pr. Med. 1932, 66.

Caulaert et Stahl вводили интравенозно 7—10,0 поваренной соли и получают прекращение рвоты у нефритиков. Неукротимую рвоту последних а.а. объясняют хлоропенией. В тех случаях, где введение соли не останавливало рвоты, последняя обусловлена не хлоропенией. В приведенных историях болезни иллюстрированы практически результаты теоретических предположений авторов.

Н. Крамов.

*Гипертензии почечные и внутривенные вливания глюкозы.* Pr. Med. 1932, 65.

Roch et Martin вводили в вену ежедневно по 500,0 20—30% раствора глюкозы в случаях гипертензий почечного происхождения с тяжелыми явлениями „Каз. мед. журн.“ № 1-2, 1933 г.

уремии и сердечно-сосудистых расстройств. В результате введения глюкозы снижалось резко кровяное давление, улучшалась сердечная деятельность и субъективно и объективно общее состояние больного, но ни диурез, ни количество мочевины в крови не изменялись. А.а. приводят 2 истории болезни, где одному больному в курсе 23 инъекций было введено 11500,0 жидкости и 2300,0 глюкозы. К введению таких количеств а.а. не находят никаких противопоказаний ни со стороны сердца, ни со стороны почек.

*Н. Крамов.*

*Рак. Fr. Med. 1932, 104.*

Шbert, разобрав 1091 случай рака (за 4 года в противораковом центре—Марселе), подчеркивает ряд интересных моментов. Рак матки был в 31% всех случаев, причем 186 женщин (с раковыми опухолями uteri) имели 770 детей, т. е. в среднем более 4 детей на женщину, что значительно превышает среднюю норму для Франции; т. о., частые роды играли несомненную роль в возникновении рака. Рак лица (кожных покровов, но не губ) встречался в одинаковом % у мужчин и женщин, но значительно чаще на открытых местах (чем на закрытых), подверженных постоянно влиянию внешних раздражителей. Рак губ, полости рта, гортани у мужчин в 25 раз чаще, чем у женщин,—табак—один из главных факторов в происхождении рака этих отделов. А. говорит: человеческий род предрасположен к раку. Внешнее раздражение—фундаментальный фактор в развитии раковых новообразований. Уменьшив эти внешние раздражения—уменьшим число случаев рака.

*Н. Крамов.*

*Лечение легочных нагноений алкоголем. Landaу et Kaminer (Fr. Med. 1932, 64)* описывают клинические наблюдения над больными, лечеными внутривенными вливаниями 20% алкоголя в количестве 20—30,0 ежедневно и через несколько дней. В случаях гриппозных пневмоний с нагноениями, абсцессов и гангрены а.а. получили снижение Т до нормы, исчезание патологических перкуторно-аускультативных данных, уменьшение и исчезание гнойной мокроты и рентгеноскопически закрытые каверны. Исключительно хорошие результаты получались в случаях легочных нагноений с аэробными микроорганизмами и менее постоянные результаты—в случаях анаэробной инфекции. А.а. считают лечение алкоголем—le traitement de choix—более эффективным, чем эметин и др.

А.а. видят здесь pneumotropisme tissulaire алкоголя или путем непосредственного бактерицидного действия алкоголя или посредственное—через возбуждение ретикуло-эндотелиальной системы дыхательного аппарата.

*Н. Крамов.*

*Легочный абсцесс. Hedblom L. Island. Med. J. v. 24, 7.*

Аспирация инфекции наиболее частая причина легочных абсцессов. В 218 случаях из 528 л. а. развился после операций, среди них в 130 случаях (60%) была тонзилэктомия и в 52 случаях (24%) операции ротовой полости, т. о. в 84% л. а. развился после той или другой операции на верхне-дыхательных путях. Некоторые абсцессы—эмболического характера. Из мировой литературы—из 2458 л. а. в 657 случаях (27%) развились после операции, и 360 из них—после тонзилэктомии.

За аспирационным, в подавляющем большинстве, тип инфекции, л. а. говорят след. данные: а) бронхит—наиболее частое послеоперативное легочное осложнение—в 33—50% всех случаев; б) большинство послеоперативных л. а. следовало за операцией под общей анестезией; в) большинство этих послеоперативных осложнений следовало за операцией на верх. дыхательных путях; д) большинство патогенных бактерий, обнаруженных в криптах и на деснах, было идентично с найденными в л. а.; е) кровь и инфец. материал ротов. полости легко аспирируется в бронхи при общей анестезии; ф) экспериментально на собаках установлена связь л. а. с инфицированным фронт. синусом, хронич. ривитом; г) инфекция в бронхах может проходить через поврежденную слизистую в легочную ткань лимфат. путями.

В 113 случаях (21%) л. а. развился после пневмонии, в 3,9%—эмболического происхождения, в 3,9%—per continuitatem из соседних органов. В 129 случаях (24,6%)—причина л. а. не выяснена—очень вероятно для многих из них аспирация инфицированного материала.

Диагноз л. а. строится на детальном анамнезе (указание на перенесенные заболевания, операцию), клинической картине (гнойная мокрота, внезапное отхар-