

живанье большого количества мокроты, появление мокроты при перемене положения больного, запах в мокроте, перкуторно-аускульт. данные, рентгеноданные).

Пробная пункция может повести к ложным заключениям и серьезным осложнениям — не рекомендуется.

Указанная работа Hedblom'a имеет большое практическое значение для терапевта и особенно для хирурга.

Н. Крамов.

Бронхоэктазы. Hedblom, Long Island Med. J. v. 24, 7. По Osler'у бронхоэктазы встречаются в 2—4% всех аутопсий общих госпиталей, по Frank'у бронхоэктазы обнаружены в 1% (на материале в 3400 вскрытий). Очень часто бр. идут под диагнозом тбк и хрон. бронхита. Бр. могут быть врожденными и приобретенными. В большинстве случаев воспалительные изменения бронхальной стенки являются причиной бр., но и массивный ателектаз и хрон. фиброз могут быть причиной бр. Бронхит — одна из основных причин, вызывающих изменения в бронх. стенке, что ведет к расширениям бронхов. Бронхит может быть первичным или вторичным легочным заболеванием; случаи „инфлюэнцы“, поражения газами, профессиональный бронхит от дыхания органич. и неорганич. пыли, коревой бронхит — все это может вести к бр. Закупорка бронхов также может вести к бр.

Связь пневмоний с бр. отмечалась многими, эпидемия инфлюэнцы 1918—1919 г. дала выраженное увеличение бр. Часто бр. развиваются на почве фиброзного тбк и хронич. язвенного тбк; сифилис легких также может быть причиной бр. Послеоперационные пневмонии дают часто основу для бр.

Диагноз бр. покоится на анамнезе (хронич. кашель, приступы его, наступление его с изменением положения больного, перенесенное легочное заболевание) при почти нормальных физикальных данных, хорошем самочувствии, незначительных рентген. данных. Контрастная бронхография абсолютно необходима для диагноза. Необходимо тщательное дифференцирование бр. от тбк, абсцесса, эмпиемы и др. заболеваний.

Н. Крамов.

Бронхоэктазы. Pr. Med. 1932, 15. E. m. Sargent различает нозологически 3 типа:

1) *Бронхоэктазы абсцедирующиеся* (где происходит абсцедирование или гангренизация в течении бывших бронхоэктазов);

2) *абсцессы бронхоэктазирующиеся* (где а. осложняется вторично бронхоэктазами);

3) *abcès bronchiectasiques* (где абсцесс и бронхоэктазы развиваются одновременно).

Sargent подчеркивает исключительную важность бронхоскопий с аспирацией гноя как для диагностики, так и в лечении этих заболеваний, особенно в острых случаях, в вагнениях, расположенных глубоко и близко к hilus'у, в предоперативном состоянии.

Работа иллюстрирована четко исполненными рентгенограммами.

Н. Крамов.

Ганс Мух.

В ноябре 1932 года, в возрасте 52 лет, умер Ганс Мух. Ученик Коха и Беринга, Мух обладал выдающимися способностями. Он открыл зернистые формы туберкулезной палочки (зерна Муха), много работал по вопросу о парциальных антигенах. Жизнь опрокинула его теоретические построения о парциальных антигенах, но эти работы дали очень много к вопросу о липоидах, их антигенных свойствах, антитадах.

Темпераментный, яркий, Мух в своих исследованиях бросал пригоршнями парадоксы, увлекался, строил одну гипотезу за другой и часто сам же их разрушал.

Он был борец по натуре и последний противник, с которым он скрестил свое оружие, был Кальметт.

На процессе в Любеке Мух занял позицию защиты Дейке, страстно доказывая возможность перехода культуры Кальметта в вирулентный штамм. Он ушел с процесса побежденным.

Мух не был узким специалистом-бактериологом. Он был поэт, историк искусств, философ. За последние годы своей жизни его увлекала мысль написать книгу по философии медицины. Философские взгляды Муха далеки от теории и практики нашей страны. Мух был виталист и мистик.

Мастбаум.