

нальным менингитом (менингококк) умер. Цереброспинальная жидкость не имела кислотоупорных бактерий. Во всех этих 3 случаях ВК появились в крови из скрытых до того времени тbc очагов под влиянием острой инфекции. Острая инфекция привела к смерти в 2 случаях и к крупозной пневмонии в 1 случае, а ВК не были ответственны за эндокардит, менингит, воспаление легких. Такую побочную (не патогенную) инфекцию а.а. называют „virus de sortie“. ВК, выкультивированные из крови указанных больных, были типа humani, а не avis и не bovini (куры и кролики не заражались, морские же свинки после инъекции давали типичную картину тbc). Выводы: 1) ВК могут быть обнаружены в крови человека в течение не туберкулезных заболеваний, 2) благодаря острой инфекции ВК, заключенные до того времени в скрытом очаге, могут выйти и проникнуть в кровь, вызывая наводнение (ВК) организма—бациллемию.

Н. Крамов.

*О туберкулезной бациллемии.* René и E. Mach (Pr. Med., 1932, № 96) на заседании Париж. мед. обществ сообщили о 3 больных (с септиемией и гангреной легких), из крови которых они выкультивировали (ВК) туберкулезные палочки. Тщательное клиническое и патологоанатомическое исследование этих больных не дало тbc очага, который бы мог быть источником тbc бациллемии. Кроме того, в симптомах и клиническом развитии у этих больных не было ничего, что говорило бы о влиянии ВК. Вместо термина *microbe de sortie* (см. реферат выше) аа. предлагают эти ВК называть *бациллемией туберкулезной немой, вторичной*. Выводы: при наличии ВК в крови нужно быть осторожным в оценке случая. Наличие ВК еще не позволяет заключать о тbc этиологии того или другого случая. Выступивший в прениях Rist сообщил о сердечном больном, в моче которого беспрерывно обнаруживались ВК. Аутопсия не дала ни одного тbc очага, за исключением одного рубца в верхушке, инъекция из него кролику заражала тbc, хотя ВК гистологически в рубце не обнаруживалась.

Н. Крамов,

*Туберкулезный асцит, леченный пневмоперитонеумом.* Zilotti (Pr. Med., 1933, 13). После эвакуации большей части жидкости при туберкулезном подвижном асците вводят кислород от 600 до 2300 куб. см.; иногда наблюдается то в тот же день или на следующий, которая исчезает. Достаточно одной или двух инъекций кислорода, чтобы получить выздоровление или выраженное улучшение. Действие кислородного пневмоперитонеума обусловлено относительным покоем брюшных внутренностей (как для легких при искусственном пневмотораксе), появлением гиперемии серозных оболочек, располагающей к склерозу, и изменением асцитической жидкости, липолитические свойства которой увеличены.

Н. Крамов.

*Кровяные группы и тbc легких.* Russo (Pr. Med., 1933, 13). Из 33-х больных с инфильтративными формами туберкулеза 21 был I группы, 8—II и 3—III. На 18 ulcerозных больных 5 были I группы, 8—II и 5—III. На 39 больных с туберкулезными кровохарканиями 23 к I группе, 11—II и 5 к III. Больные, имеющие инфильтративные формы с повторными кровотечениями, преимущественно принадлежат к I группе; ulcerозные же формы тbc без кровохарканий принадлежат преимущественно ко II группе.

Н. Крамов.

Carper, Garon and Harold Stewart сообщают (Amer. J. Das. Child. 44, стр. 798—805) о случае *первичного туберкулеза миокарда* при непораженном перикарде. Случай относится к 3-летию негритянке без туберкулезного анамнеза. При прогрессирующем исхудании и малокровии, преходящем менингизме и терминальных судорогах болезнь кончилась летально через два месяца. На секциях казеозные массы и каверны в левом легком, казеозный распад грудных и брюшных лимфатических желез. Туберкулы в печени, селезенке, почках, язвы в нижних отделах кишек и соесум. В миокарде левого желудочка найден казеозный узел 4 мм. длиной, не соприкасающийся ни с эпикардом, ни с эндокардом. Амиллоида нет.

Т. Шарбе.

### в) Хирургия.

*Заболевания поджелудочной железы и успехи, достигнутые в области их энергетического лечения.* Dr. Walter Sebening (Med. Klin., 1933, № 4). Опираясь на клинические наблюдения, результаты операций и экспериментальных исследований, в настоящее время можно говорить о применяемой с большим успехом хирургии поджелудочной железы, о целях и границах которой должен быть

постоянно осведомлен и врач-практик, потому что на его долю выпадает в этом случае очень важная роль. От его решения зависит, своевременно ли попадет больной, страдающий в высшей степени тяжелой формой заболевания поджелудочной железы, ее острым некрозом, в руки хирурга. Нельзя требовать, чтобы болезнь была установлена с достоверностью, исключающей возможность всякого иного предположения, так как, при редкости этой формы заболевания и изменчивых, характерных не только для него симптомах, диагноз очень труден. Так как некроз поджелудочной железы в тивических случаях является осложнением болезни желчи, а заболевания желчных путей стоят в теснейшей причинной связи с происхождением некроза поджелудочной железы, то анамнез заболевания желчных путей и *боль в левом боку* должны направить ставящего диагноз на правильный путь. При опасности этого заболевания достаточно подозрения, чтобы выдвинуть вопрос о передаче больного хирургу. Это подозрение возникает в том случае, когда больной утверждает, что он уже не раз хворал желчными коликами, но что в этот раз болезнь началась особенно сильными и упорными болями, которые рефлектировались не только в правое плечо и правый бок, но и на весь живот и левый бок. Этому заболеванию особенно подвержены тучные женщины средних лет. Общие симптомы всегда стоят на первом месте. Местная боль при надавливании не особенно сильна и в верхней части живота выражена особенно определенно. Напряжение покровов живота, становящихся твердым как доска, как это бывает при прободной язве, отсутствует, умеренное же диффузное напряжение встречается по всему животу. При тучности пациентов прощупать поджелудочную железу почти никогда не удается. Прогноз серьезен. Смертность, как это показала сводная статистика 1927 г., охватившая 1500 случаев, достигала 51%. Цель оперативных мероприятий: путем вскрытия полости живота и обнажения поджелудочной железы выводить наружу секрет, содержащий токсин и трипсин и прекращается его дальнейшее всасывание, вследствие этого почти прекращается процесс самопроизвольного распада (аутолиза) ткани. Первичная причина (застой желчи, воспаление) должна быть устранена. Полученные благоприятные результаты бывают обычно прочными. Рецидивы наблюдаются приблизительно у 4% оперированных. Исхудание, отсутствие аппетита, связанные с коликообразными приступами болей и жировые испражнения должны вызывать подозрение на хроническое воспаление поджелудочной железы, которое само редко бывает объектом хирургической терапии. Другие указания на необходимость оперативного лечения поджелудочной железы даются в тех случаях, когда ткань железы замурована в твердую мозолистую оболочку и когда в поджелудочной железе имеются камни. Рак поджелудочной железы развивается в большинстве случаев сначала в головке. Главные симптомы: 1) желтуха без лихорадки и болей, 2) все увеличивающаяся интенсивность желтухи до полной закупорки выхода желчи, 3) наличие увеличенного переполненного желчного пузыря (симптом Courvoisier). Но это еще не гарантирует безупречного диагноза; бывает, что операция обнаруживает не злокачественные болезненные явления (камни в желчном протоке, хроническое воспаление поджелудочной железы).

Р.

Fr. Lefèvre (Revue belge des sciences médicales. 1933, № 1), придерживаясь школы Саппопа, выдвигает 3 гипотезы для объяснения механизма происхождения послеоперационной гипергликемии: 1) кратковременное повышение под действием секреции поджелудочной железы, 2) разрушение сложных глюкоз-фосфатов щелочей, находящихся в мышцах, и 3) в результате печеночного гликогенолиза вследствие токсического действия самих печеночных клеток. Исследование крови производилось по способу Hagedorn и Jensen. Наблюдения автора обнимают 30 больных, одной части которых производились операции под местной анестезией или эфирным наркозом; остальным больным (11 чел.), которые служили как бы контролем, производились простые уколы без анестезии или впрыскивание под кожу физиологич. раствора поваренной соли и составных частей анестезирующих растворов (scurocaine+adrenalin, adrenalin, scurocaine). Наблюдения показали, что послеоперационная гипергликемия более заметна после эфирного наркоза и обычно исчезает через 4—24 часа после операции.

П. Цицмис.

## 2) Акушерство и гинекология.

Vardenhewer. О консервативном лечении перфораций матки при аборте. (Ztbl. f. Gyn., № 11, 1933 г.). Автор за последние 8 мес. в гинекологиче-