

157. *К учению об эритрофагоцитозе.* Оригинальный взгляд на аутогемотерапию высказывает И. И. Линтварев (Рус. Кл., 1927, № 1), придающий огромное значение в выработке специфических антител эритрофагам и абсолютно отрицающий в аутогемотерапии элементы неспецифической терапии. Исчезание из плазмы (сыворотки) всякого токсина, попавшего в кровь, и адсорбция его эритроцитами доказаны в отношении дифтерийного токсина Збарским. Превращение дифтерийного токсина *in vitro* под влиянием трипсина в истинный антитоксин доказано Добросмысловым. Базируясь на этом, а также на своих личных опытах, Л. утверждал, что вводимый при аутогемотерапии вместе с эритроцитами адсорбированный антиген пожирается в подкожной клетчатке полибластами (эритрофагами) Максимова и под влиянием ферментативной деятельности (внутриклеточного пищеварения) их превращается в соответствующие антитела, а эти последние, поступая в кровь, усиливают иммунитет больного организма, особенно, если при естественных условиях течения болезненного процесса антител вырабатывается недостаточно. Таким образом аутогемотерапия, по Л., сводится к аутоэритроцитотерапии; сыворотка здесь не играет лечебной роли, и по существу эта эритроцитотерапия должна считаться специфической, каузальной. *Б. Агриколянский.*

### б) Туберкулез.

158. *О диагностическом значении реакции Mantoux при tbc у детей.* А. П. Кудрявцев (Вопр. Туб., 1927, № 12), сравнивая диагностическое значение рр. Pirquet и Mantoux на материале в 858 случаев, приходит к выводу, что р. Mantoux имеет особо важное значение в раннем детском возрасте, так как увеличивает по сравнению с р. Pirquet почти наполовину у детей в возрасте 3—4 лет % положительно реагирующих на туберкулин. Реакция эта, по заключению автора, дает в 90 % случаев возможность судить и об активности процесса, именно, дающие положительные реакции на более слабые разведения туберкулина страдают более активными формами tbc.; интенсивность же реакции не имеет диагностического значения для суждения об активности tbc процесса.

*Г. Мясник.*

159. *Показания к операции phrenicus-exhaeresis при легочном tbc.* По Düpperу (Ther. d. Gegenw., 1927, № 12) таковыми являются: 1) одностороннее поражение нижней доли, особенно когда искусственный пнеймоторакс, вследствие срощений, не обещает успеха; 2) бугорчатка всего легкого, причем безразлично, идет ли дело о процессе выпотном или продуктивном. Так как эффект данной операции иногда сказывается довольно поздно, то надо, при возможности, ждать по крайней мере 1/2 года прежде, чем после phrenicus-exhaeresis решаться на торакопластику. Третьим показанием Д. считает случаи двухсторонней бугорчатки, если на другой стороне уже имеется пнеймоторакс, *С. С—в.*

160. *Лечение tbc перитонита водной настойкой.* S. Stocker и Dreyer (Вгунс Beitr. zur klin. Chir., 1927, Bd. 141) сообщают, что за 15 лет, с 1912 по 1927 г., было лечено этим способом 39 случаев, причем первично излеченными оказались 34 сл. (87,2%), не наступило излечения в 4 (10,2%), умер 1 больной (свищ тонкой кишки). Сухой перитонит излечивается при этом способе, переходя в выпотную форму, причем выпот действует, повидимому, анитоксически. Смазывание брюшины водной настойкой не только ускоряет излечение, но и поднимает общее состояние больных; tbc фокусы в кишках и легких при этом исчезают.

*С. С—в.*

161. *Является ли бугорчатка гортани противопоказанием для назначения горного климата?* Luzzatto-Fegiz (Beitr. z. Klin. d. Tbc., Bd. 66, № 6, 1927) отвечает на этот вопрос отрицательно. Взгляд его основывается на наблюдениях над 289 больными, у которых в 20% достигнуто было, при достаточно-долгом санаторном лечении, прочное выздоровление. В особенности подчеркивает он, что при необходимости хирургического местного лечения гортани горный воздух влияет особенно благоприятно. Фактор этот оценивается им очень высоко, тогда как к амбулаторному хирургическому лечению tbc гортани в горах автор относится совершенно отрицательно.

*С. С—в.*

162. *Комбинированное лечение хирургического tbc на курортах.* При лечении костного tbc Козловский (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6) рекомендует комбинацию оперативного лечения с курортным. Начинается лечение операцией—двойной остеотомией или невротомией по Молоткову, причем получающиеся на-