

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. утверждает, 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 р.р. 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 Dünner'у (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 $\frac{1}{2}$ года прежде, чем после phrenicus-exhaeresis решаться на торакопластику. Третьим показанием D. считает случаи двухсторонней бугорчатки, если на другой стороне уже имеется пнеймоторакс, *С. С—в.*

160. *Лечение tbc перитонита иодной настойкой.* S. Stocker и Dreyer (Bruns 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 иодной 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 городах 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-

рушение кровообращения и иннервации кости является биологическим раздражителем тбс очага, ведущим сначала к рарификации короткого конца кости, а затем к усилению оссификации и склерозированию последней. *Н. Киптенко.*

г) Рентгенология.

163. *Рентгеновское освещение гипофиза в гинекологии.* Del Buono (по Ber. u. d. ges. Gyn., B. XII) разбирает по отношению к яичникам 2 группы эндокринных желез: с одной стороны эпифиз, thymus и pancreas, с другой — гипофиз, щитовидную железу и надпочечники. От корреляции желез этой последней группы зависит функция яичника. Автор думает, что гиперфункция гипофиза обуславливает: 1) физиологические и патологические изменения менопаузы, 2) гипофункцию яичников (oligo - amenorrhoea), 3) дисфункцию матки и яичников (дисменоррея, метрорпатия, фибромы). От рентгеновской „гипофизарной кастрации“ автор получил блестящие результаты при симптомах яичниковой недостаточности. При миомах, метрорпатиях и воспалительных заболеваниях придатков он тоже получал улучшения. Гипофизарной кастрации автор добивается в один сеанс. При дисменоррее и фибромах результаты получились не столь благоприятные. *А. Т.*

164. *Х-лучи при легочной бугорчатке.* Holten (Zeit. für Tbc., Bd. 47, № 1) сообщает, что осмотр 353 леченных х-лучами чахоточных спустя 1—6 лет дал 69,9% вполне работоспособных, причем автор приписывает значительную часть этого благоприятного результата именно названному лучам. *С. С—в.*

165. *Просвечивание х-лучами туберкулезных поражений суставов через гипсовую повязку.* При консервативных методах лечения суставного тбс требуется часто просвечивание для контроля терапии. Каждый раз в таких случаях снимать гипсовую повязку не следует, вследствие нарушения покоя сустава и материальных затрат; лучше производить просвечивание через повязку. Путем ювтометрического измерения W u n e n (Zentr. f. Chir., 1928, № 2) убедился, что гипсовые слои действуют при этом, как фильтр, почему он и предлагает при гипсовых повязках увеличивать время экспозиции в зависимости от толщины повязки: при жестких лучах и толщине слоя гипса в 10—12 мм. следует увеличить время экспозиции на 30 %, при 6—7 мм. — на 15 % и при 3—4 мм. — на 10 %. При снимках мягкими лучами следует увеличивать время экспозиции на 70 %, 90 %. *И. Цимхес.*

166. *Лечение х-лучами опухолей гипофиза.* Б. И. Шаронов и В. И. Жученко (Физиотерапия, 1927, № 2—3) полагают, что применение х-лучей при лечении опухолей гипофиза является безусловно необходимым, причем рентгенотерапия должна быть испытана независимо от природы опухоли, степени ее развития и клинических симптомов. Наилучший результат она дает при новообразованиях, развивающихся в передней доле мозгового придатка, т. е. в случаях акромегалии. Благоприятное действие лучей сказывается здесь прежде всего в исчезновении или уменьшении симптомов давления на хиазму, — суженное поле зрения становится шире, visus повышается; во вторую очередь слаживаются симптомы давления на мозг, — уменьшаются или совершенно прекращаются рвота и головные боли. Позже восстанавливается нарушенная деятельность половых желез, — у женщин появляются менструации, у мужчин повышается половая способность, вес у тех и других падает. Возвращения к норме увеличенных конечностей не наблюдается, речь может идти в некоторых случаях только об относительном уменьшении их размеров. Из различных патолого-анатомических разновидностей опухолей от х-лучей разрушаются только аденомы, тератомы же, кисты и гумозные новообразования не поддаются их влиянию при современной технике. *Л. Н. Клячкин.*

д) Внутренние болезни.

167. *К определению свежего воспаления по мочевоу осадку.* Чтобы по мочевоу осадку отличить острое воспаление от хронического, Preissecker (Wiener kl. Woch., 1927, № 27) рекомендует прибегать к окрашиванию его эозином: дело в том, что живые клетки не воспринимают это красящее вещество и остаются неокрашенными, мертвые же тотчас воспринимают краску. Если при прибавлении 1 капли 0,5% водного раствора эозина к свежему осадку гнойные клетки в последнем не окрашиваются, или окрашиваются через продолжительное время, то дело идет о живых клетках, т. е., следовательно, об остром воспалении, в противном же случае — о хроническом. Еще большую ясность при распознавании живых и мертвых клеток дает окрашивание Trypanblau и Kongorot'ом. *Е. Заболотская.*