

Н. Horster. *Причинные связи между содержанием в крови антител и возникновением гематогенного тбк, а также внутрикожной туберкулиновой реакцией.* (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, стр. 182—186). На основании своих исследований и наблюдений других авторов а. считает, что при высоком содержании антител в крови не бывает бациллемии и гематогенное высыпание не наступает. При активном тбк с высоким титром антител в крови чувствительность к туберкулину низка. При активном экстрапульмональном тбк, т. е. формах, большей частью возникающих гематогенным путем (кроме тбк гортани и кишечника), мы обычно не находим антител в крови, наоборот, чувствительность к туберкулину высока.

При лечении тбк-больных следует стремиться к состоянию, когда при высоком содержании антител чувствительность к туберкулину низка. В диагностических целях всегда следует параллельно определять содержание в сыворотке антител и порог чувствительности к туберкулину по Либермейстеру.

А. Гильман.

Н. С. Морозовский, Б. Александровский и В. Лауэр. *Роль желез гилюса и плевры в первичной тбк инфекции и в эндогенной реинфекции.* (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, стр. 24—40). В ряде случаев первичный комплекс представляет собой не легочно-железистое, а плеврально-железистое образование, и первичная тбк инфекция является экстрапульмональным лимфотропным плеврально-железистым процессом. При отсутствии легочного первичного инфильтрата аа., при наличии паравертебральной или паравертебрально-медиастинальной тени, идущей от головки I ребра к гилюсу, считают эту тень выраженным железисто-плевральным первичным комплексом. Роль желез гилюса в эндогенной реинфекции обычно недооценивается. Казеозный лимфаденит сопровождается явлениями перипараденита, и процесс отсюда может переходить на междолевые щели.

А. Гильман.

J. Laurin. *О профилактическом введении масла для предупреждения экссудатов при иск. пневмотораксе.* (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, стр. 59—62). В 1933 году Унферрит и Доскет предложили вводить 2 см<sup>3</sup> стерильного оливкового масла в плевральную полость при одном из первых поддуваний через пнеймотораксную иглу с целью профилактики плевритов.

Это введение вызывает более или менее сильные боли, обычно проходящие через несколько часов. Наблюдается также кратковременная незначительная температурная реакция. На рентгене определяется почти во всех случаях выпот в синусе. Проверочные исследования аа., во всех случаях и. п., выполненных в течение 2 лет, не обнаружили заметного влияния на уменьшение процента плевритов. Так, из 100 таких случаев пнеймоплеврит развился 23, а в контрольных 10) других 27 раз.

А. Гильман.

Н. Starke. *Иод при лечении тбк.* (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, N. 7). Иод применяется многими при лечении тбк. Еще Бир пытался усилить эффект застойной гиперемии предварительной дачей иода. А. начал применять комбинированное лечение иод-иодистый калий с туберкулином по предложению Фербаха. По мнению а. иод действует при тбк как раздражающее средство. Он может вызвать как повышение температуры, так и очаговые реакции с распадом. Поэтому рекомендует не применять комбинаций иода с туберкулином.

А. Гильман.

### в) Дерматология.

Pearl Gretton Watson E. *Дерматомиозит.* (Brit. J. of Derm. a. Syph., № 6, 1937). Сообщение касается молодого человека, 18 лет, поступившего в госпиталь с диагнозом ревматизма. Болезнь локализовалась на верхних конечностях, главным образом на предплечьях, и характеризовалась уплотнением кожи, натянутостью ее и болезненностью; температура была резко повышенной, пульс учащен (96) и дыхание 24 в минуту. В крови обнаружен лейкоцитоз до