

процесса. Так, при III стадии без каверны на этом сроке погибло 58%, тогда как при второй стадии только 14%.

Анализ рентгенограмм показал, что чем меньшей густоты тени у б-ных с открытым тбк, тем больше у них шансов потерять ВК. Качественная характеристика рентген. теней менее надежна для прогноза. С увеличением размеров каверны падает число больных, потерявших ВК. Так, при каверне в 2 см в диаметре через 4 г. потеряли ВК—36 %, при каверне в 4 см—26%, а в 5 см только 9%. Смертность соответственно увеличивается: при каверне диаметром в 2 см умерло через 4 г.—42%, 3 см—50%, 5 см—75%. Оседание эритроцитов имеет несомненное значение при постановке прогноза. Из больных с РОЭ от 11 до 20 потеряли на указанном сроке ВК—42%, тогда как с оседанием эритроцитов более 20 только 27%.

Часть статьи, где автор занимается подсчетом рентабельности лечения для советского читателя лишена научного интереса, так как наше здравоохранение построено на совершенно другом принципе — заботы о человеке. Работа по выявлению ранних форм, проделываемая Штеттинским диспансером, во главе которого стоит Бройнинг, не дает большого эффекта, вследствие тяжелого положения, в которое поставлены трудящиеся массы в Германии фашистким режимом, — процент запущенных форм туберкулеза в диспансере не снижается.

А. Гильман.

Constantini. Общие критерии классификации легочного тбк (Rev. Pat. e Clin. tbc 9. 489—95. 1935 no Zeitschr. Tbk. В 74. Н. 3. 193 ).

А. считает классификацию Турбана по стадиям в зависимости от распространения процесса неудовлетворительной, так как тяжесть процесса не всегда зависит от его протяженности. Классификация Неймана слишком сложна для практики. Классификация Michelli, различающая первичный тбк и послепервичный или реинфекционный тбк, удобна для применения. А., известный клиницист из Болоньи, предлагает следующее деление: А) первичный туберкулез с тремя подгруппами: 1) инфильтраты; 2) трахео-бронхиальная аденопатия; 3) плевритические формы; В) Реинфекционный тбк с 4-мя подгруппами: 1) продуктивный тбк легких: а) острый и хронический милиарный тбк, в) крупно-или мелко узелковый тбк легких с каверной или без нее, с) фиброзный тбк; II) экссудативный легочный тбк: а) тбк пневмония, простая или казеозная (с каверной или без нее); в) ранний инфильтрат с каверной или без нее; с) сливная и диссеминированная бронхопневмония. III) Плевритические формы: а) сухой или экссудативный плеврит; в) острый или хронический кортико-плеврит. IV) Аденопатия бронхомедиастинальная.

А. Гильман.

Voquet и Laporte. Экспериментальный костный и костно-суставной тбк у кролика (Rev. tbc № 2, 1936 г.).

До последнего времени не удавалось сисетматически получать тбк поражения костного аппарата в эксперименте. Аа. изменили методику заражения, применяя минимальные дозы очень вирулентных штаммов *B. bovis*, которые даже в количестве одной миллиардной мг инфицируют свинку. Вводя интрадермально в кожу бедра кролика 0,1 см взвеси в физиологическом растворе, содержащей от 0,00001 мг до одной десятиллионной части мг бацилл, они получали поражения в костях конечностей и позвонках. Первые признаки заболевания обнаруживаются в конце 3-го месяца. Появляется расстройство походки, местная припухлость при поражениях суставов и болезненность при пальпации. Животные погибают между 4—6 месяцами в