

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) эксудативный 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 эксудативный 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

состоянии резкой кахексии. Наряду с очагами в костях на вскрытии обнаруживались изодирсванные и сливные очаги в легких и почках; напротив, печень и селезенка казались незатронутыми.

Таким образом напрашивается вывод, что тбк костей и суставов является следствием первичной инфекции небольшим количеством бацилл. Наиболее часты следующие локализации: тела позвонков и отростки их, ребра, лопатка, реже бедренная кость. В длинных костях чаще поражения относились к эпифизарной части. По частоте поражения на первом месте (верхний и нижний концы большеберцовой кости, эпифиз луча, верхний и нижний эпифизы бедра). В 6 случ. аа. наблюдали туберкулез сустава, осложнивший эпифизарное поражение. Суставы резко увеличены на вскрытии—в них фугозная ткань и холодные абсцессы. Мышечная ткань вокруг пораженных суставов имела особенный желатинозный вид. Если кролики выживали достаточно долгое время, то суставные абсцессы вскрывались наружу и развивались типичные свищи. По виду локализации, патологоанатомической картине поражения, полученные в эксперименте, сходны с костными процессами, наблюдаемыми у человека. А если принять во внимание легкость получения их в эксперименте и разнообразие в локализации, станет понятной вся важность опытов аа. в деле изучения пато-и гистогенеза костного тбк.

А. Гильман.

Mignot и Mollard. *Новая ориентация в климатотерапии легочного тбк* (г. Méd., № 42, 1935).

Значение климатических факторов для тбк больного неоспоримо. Аа. обращают внимание на роль ионизации воздуха в активности климата той или иной местности. Резкие изменения ионизации воздуха от положительных к отрицательным цифрам вызывают ряд жалоб у больных как со стороны органов дыхания, так и общего характера. Особенно подтверждается роль изменений ионизации воздуха в появлении групповых кровохарканий. Поэтому аа. считают важным определение ионизации воздуха в курортных местностях (и санаториях местного характера. А. Г.).

Резкие изменения ионизации требуют от тбк больного быстрой функциональной перестройки. В зависимости от кривой ионизации можно различать климат раздражающий и щадящий, тогда как до последнего времени различали морской, горный и т. д. Ионизации воздуха аа. придают большее значение, чем ветру, температуре, влажности и т. д.

А. Гильман.

Werwath. *Новые пути хирургической коллапсотерапии легочного туберкулеза*. (Z. tбk В. 75, Н. 4, стр. 225—230, 1936 г.).

Под несколько претенциозным заглавием а. сообщает о своих попытках в случаях, где искусственный пневмоторакс не удастся, после предварительного френикоэксереза усилить подъем диафрагмы, а следовательно и коллапс легкого дополнительным пневмоперитонеумом. А. в теоретическом обосновании этого метода опирается на наблюдение, что у беременных женщин под влиянием повышенного внутрибрюшного давления часто наблюдается значительное улучшение их легочного процесса. В первую очередь пневмоперитонеум показан у б-ных, где один и. п. и пережигание спаек или френикоэксерез или их комбинация не дали достаточного эффекта.

Предварительный френикоэксерез обязателен по концепции автора, т. к. парализованная диафрагма, как инертная мембрана, легче поддается подъему под влиянием повышенного давления, которое создается в брюшной полости после введения воздуха. Наоборот, на другой стороне нормальная диафрагма, сохранившая свой тонус, меньше поднимется и будет служить регу-