

ридо-циклитов следует относить за счет тбк. Эти заболевания сочетаются с железистыми и латентными формами легочного тбк.

А. выступает горячим сторонником организации специальных глазных санаториев во Франции по примеру такого санатория, учрежденного в Швейцарии Верденбергом (идея, которую следовало бы горячо пропагандировать у нас, в Союзе, где даже на Южном берегу Крыма нет такого санатория).

А. Гельман.

Mauger, Monod и Benzart. *Скаленотомия при лечении верхушечных каверн.* (Pr. Méd., № 29, 1936). Скаленотомия может служить только вспомогательным методом при лечении верхушечных каверн, чаще всего в сочетании с френикоэксерезом, или алкоголизацией грудобрюшного нерва с целью иммобилизации верхних отделов грудной клетки. Показана операция при свежих кавернах, когда у больного выражено реберное дыхание в верхних отделах грудной клетки на стороне операции.

В редких случаях с. может быть методом „передышки“ (выжидания по автограм—d'attente) перед торакопластикой. На 35 сл. получен хороший результат только в 4, т. е. в 12 $\frac{1}{6}$.

А. Гильман.

Raul Sibils Aguirre и Pascual R. Cervini. *Экспериментальное подтверждение туберкулезной этиологии узловой эритемы.* (Pr. Méd., № 6, 1936). В 1931 г. Aguirre представил первый случай узловой эритемы, туберкулезная этиология которой была доказана методом последовательных прививок биопсированного узелка. В дальнейшем сообщено о 8 случаях, из которых в 5 методом реинокуляции и культуры было доказано наличие палочек Коха. В настоящей работе аа. сообщают о случае узловой эритемы у ребенка 2 лет 9 мес., где не только прививка ткани узелка морской свинке и посевы дали положительный результат, но и на срезах узелка обнаружены палочки Коха.

А. Гильман.

2) Невропатология.

Gehuchten. *О воспалительных реакциях при опухолях мозга.* (J. belge Neur. 35, 1935). *1-ый случай.* 30-летний мужчина с жалобами на общую слабость и понижение работоспособности долгое время шел под диагнозом невралгии. За месяц до поступления в клинику появились сильные головные боли со рвотой, повышение температуры до 38°, одновременно отмечены были и очаговые явления: дисдиадохокinez и отклонение влево, мышечная слабость левых конечностей с небольшим повышением тонуса мышц в них. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа, клонус стопы и с. Бабинского слева. Застойные соски зрительных нервов обоих глаз. В ликворе, вытекавшем под высоким давлением, большой плеоцитоз, RW с кровью и жидкостью отрицательная. Лейкоцитоз в крови 22 000. На основании высокой температуры, результатов исследования спинно-мозговой жидкости и очаговых признаков был диагностирован абсцесс в правой лобной доле. Произведена трепанация, после которой сильно повысилась температура, и через день наступила смерть. На аутопсии найдены были некротический очаг и опухоль в средней части мозолистого тела, прораставшая в боковой желудочек. По гистологической структуре опухоль отнесена к полиморфной глиобластоме. В окружности опухоли мелкие кровоизлияния. В ткани опухоли и в мягких мозговых оболочках обнаружено много нейтрофильных лейкоцитов, чем и вызывались воспалительные изменения в спинно-мозговой жидкости.

2-й случай. У 45-летней женщины появились головные боли со рвотой, повышением температуры. В спинно-мозговой жидкости воспалительные изменения. Кроме пареза п. VII и легкого пареза левой руки с незначительным оживлением рефлексов на ней, нет никаких других неврологических данных. Клинический диагноз: правосторонняя височная опухоль. При трепанации обнаружена киста с ксантохромной жидкостью. В последующем течении болезни отмечались нагноение операционной раны, рецидив сильной головной боли, гемипарез, застойные соски и левосторонний паралич. По поводу нарастающего внутричерепного давления неоднократно делались люмбальные пункции, при явлениях менингита наступил exitus. На аутопсии найден большой энцефалитический очаг с расположенной в нем кистой, соединенной с правым боковым желудочком, внутренняя стенка которого покрыта гноем. Гистологическим