

указывает, что даже патолого-анатомы очень часто затрудняются микроскопически решать вопрос о характере тbc процесса. Во всяком случае существующее положение, что продуктивный тbc—это доброкачественный, а экссудативный—злокачественный,—несостоятельно. Автор присоединяется к классификации Ziegler'a, по его мнению наиболее практичной, и рекомендует при этом обращать внимание на 1) распространенность процесса по Turban'y, 2) локализацию его (верхнее, среднее, нижнее поле), 3) активность (склонный к затиханию, стационарный, прогрессирующий), 4) наличие или отсутствие лихорадки, 5) то обстоятельство, имеется открытая или закрытая форма, наконец, 6) на осложнения. В виде дополнения ставится патолого-анатомический диагноз—цирротический, пневмический, кавернозный, узловатый тbc, без детального определения характера отдельных очагов.

М. Мастбаум.

507. *Первичный и вторичный периоды тbc.* Точный клинический и рентгенологический контроль на здоровых детях дал Harms'y и Klinkmann'y (Tuberkulose, 1925, № 6/7) возможность наблюдать развитие первичного комплекса тbc и переход его во вторичный период по Ranke, причем подробный анализ серии снимков одного и того же ребенка привел авторов к выводу о превалировании во втором периоде эндогенных метастазов над экзогенными реинфекциями.

М. Мастбаум.

508. *К вопросу о тbc в грудном возрасте.* И. Н. Осипова (Педиатрия, т. X, № 2) наблюдала течение тbc процесса с момента заражения у 13 детей в возрасте до 1 г. и у 3 детей до 2 лет. У 5 из этих детей были тbc матери, у 4—чахоточные родственники, имевшие с ними близкий контакт. Общение с тbc больными, за исключением 3 случаев, было продолжительным и тесным. В 1 случае контакт с тbc матерью в течение первой недели жизни, в другом—общение с тbc родственницей 3 раза по 3 часа, третий ребенок заражается от матери, страдавшей тbc легких и гортани (в этом случае общение было 3—4 раза по несколько минут). На основании полученных данных автор пришел к след. выводам: 1) Внутритутробные формы тbc встречаются редко. 2) Заражение чаще всего наступает бронхогенным путем, и первичные локализации наблюдаются в легких и бронхиальных железах. 3) Способность реагировать на туберкулин у грудных детей с казеозными поражениями и с милиарным тbc часто остается до самой смерти. 4) Заражение тbc на первом году жизни не всегда дает летальный исход.

М. Левинсон.

509. *Кровохарканья нетуберкулезного происхождения.* А. Hoffman и Deut. med. W., 1926, № 38) обращает внимание на большой % нетуберкулезных больных, находящихся на лечении в санаториях, причем кровохарканье является наиболее частым симптомом, ведущим у них к ошибочным диагнозам. На основании анализа историй болезни автор указывает на болезни сердца, которые в ряде случаев были рассмотрены, и больные в течение многих лет подвергались санаторному лечению. В большинстве учебников имеются указания, что при митральных пороках наблюдаются незначительные кровохарканья; в большинстве своих случаев автор видел при этом легочные кровотечения, а не кровохарканья.

М. Мастбаум.

510. *Лечение чахотки ультрафиолетовыми лучами.* Combes, Huguet и Vogt'al (по отч. в журн. „Физиотерапия“, 1926) нашли, что ультрафиолетовые лучи оказывают при легочном тbc резкое действие, в виду чего их нужно применять с большим разбором и величайшей осторожностью, так как нельзя еще говорить твердо о том типе больных, где это лечение абсолютно показано. Во всяком случае дозы лучей здесь должны быть значительно ниже, чем при наружном тbc и вообще кожных заболеваниях. В виду того, что ультрафиолетовые лучи повышают аппетит вследствие повышаемого ими внутреннего сгорания необходимо при лечении ими давать больным возможность обильно питаться.

Л. Н. Клячкин.

г) Внутренние болезни.

511. *Лечение малярии препаратами кадмия.* Reitler (Wiener kl. Woch., 1926, № 33) испытал это лечение в 13 случаях малярии. У 3 больных (двое лихорадивших с m. tertiana и tropica и один носитель гамет m. tropicae) был применен раствор кадмий-натрий-тартарата с 1% содержанием кадмия, в виде внутривенных впрыскиваний (по 2,5 куб. с.), причем у 2 больных было сделано по 2 впрыскивания и у 1—одно; тотчас после первого же впрыскивания лихорадка

у больных исчезла, пропали и шизонты из крови (но не гаметы). Так как, однако, у 2 больных впрыскивания вызвали тяжелые осложнения (одышку, отек лица, поносы), то, хотя эти явления и исчезли в течение 3 дней, автор у остальных 10 больных (6—с m. tertiana, 2—с m. quartana, 1—с m. tropica и 1—с tropica и tertiana вместе) применил другой препарат кадмия, именно, кадмиол (Cadmium subsalicylum в масле, с 5% содержанием кадмия), в форме интрамускулярных инъекций, производившихся дважды в неделю (первый раз вводилось обычно 0,5 куб. сант., в следующие—по 1,0); результатом впрыскиваний было всегда быстрое понижение т° при относительно более слабом действии на паразитов. Из побочных явлений надо отметить сильные боли в месте впрыскивания.—настолько сильные, что больные обыкновенно уже после 4-го впрыскивания отказывались продолжать лечение. *В. Сергеев.*

512. *К симптоматологии и диагностике болезни Simmonds'a.* Как известно, болезнь S. (гипофизарная атрофия) является следствием атрофии передней доли гипофиза, причем в клинической картине на первое место выступают старческий вид больных (senium praecox), преждевременное прекращение половых функций и апатичное состояние. Шерешевский (Вр. Дело. 1926, № 15—17) наблюдал клинически один случай этого заболевания у мужчины 28 лет, где болезнь развилась после травмы, и имелась смешанная картина болезни S. с несахарным диабетом. На секции обнаружена атрофия передней и средней долей гипофиза и большое количество точечных кровоизлияний в области больших ганглиев, на дне третьего желудочка и вокруг него. Автор высказывает предположение, что атрофия гипофиза явилась здесь следствием повреждения кровоизлияниями трофических центров его. *Л. Размин.*

513. *Хинин при крупозной пневмонии.* W. Berger (Wiener kl. Woch., 1926, №№ 33—35) применил хинин по Aufrecht's у 34 случаях крупозной пневмонии и получил в большинстве случаев купирование процесса, а также уменьшение процента смертности (11% вместо 18%). Хинин вводился интрамускулярно в бедро, в первый раз в дозе 0,5 (5 куб. с. раствора след. состава: Rp. Chinini hydrochl. 2.0. Urethani 1.0, Aq. dest. 20.0; раствор стерилизовался и перед введением подогревался); на следующий день, если первая доза не давала эффекта, количество хинина повышалось до 0,7, даже до 1.0. Результаты лечения были тем более благоприятны, чем раньше от начала заболевания были начинаемы впрыскивания. Кроме того, результаты эти зависели оттого, какого происхождения была крупозная пневмония: хинин давал эффект лишь при заболеваниях пневмококкового происхождения (но не стрептококкового и др.). *В. Сергеев.*

514. *К диагностике плевральных экссудатов.* Lenk (Zentr. f. Tbc, Bd XXV, N. 7/8) восстает против распространенного мнения о неподвижности плевритических экссудатов. Исследование рентгеном при перемене больными положения позволяет, напротив, видеть подвижность экссудатов. В виду этого автор рекомендует исследование x-лучами в различных положениях больного для установок дифференциального диагноза между жидким плевритическим экссудатом и плотными отложениями в плевре. *М. М.*

515. *Клинические проявления ишемического некроза сердечной мышцы.* Ишемический некроз (myomalacia cordis Zieglera) является, по Gibson's (Lancet, 1925, v. II, XXV), следствием закупорки веточки коронарных артерий сердца. Причиной закупорки могут служить эмболии или тромбоз сосуда, кальцификация или фиброз его стенки. В результате участок сердечной мышцы, питаемый пораженной веточкой, замещается рубцовой тканью. На внутренней поверхности рубца может отложиться тромб—источник будущих эмболий, или стенка может истончиться, что в свою очередь может повлечь разрыв сердца. Ишемический некроз может проявляться во всяком возрасте, но в большинстве он является следствием артериосклеротических изменений и поражает лиц соответствующего возраста. В ряде случаев закупорка сосуда влечет за собой внезапную смерть, в других комплекс грудной жабы; могут быть при ней и явления, зависящие от поражения проводящей системы; наконец, может не быть никаких симптомов. Иногда эмболия мозговых или брыжеечных сосудов служит первым проявлением ишемического некроза. Боли при этом страдания могут иметь разнообразную физиономию: прекардиальные, боли за мечевидным отростком, в правом и левом квадрантах живота, имитирующие печеночную колику, острый панкреатит и т. д. Липо обычно во время приступа имеет цианотический характер, сохраняющийся и после исчезновения болей. Важным симптомом служит шум трения перикарда. Пульс обычно медленный и твердый; может быть также pulsus alternans, а равно