

## в) Туберкулез.

183. *Туберкулезный энтероколит*. F. Smithies (Am. Med. J., 22/XII, 1928), разбирая материал Чикагского туберк. санатория на 1000 коек, сообщает, что 40% всех легочных туб. б.б. имели диспептические явления. Всесторонне обследовав 80 б.б. с выраженными явлениями легочного туберкулеза и туб. энтероколита, а. делит все случаи туб. ант. на 3 группы: легкие, средние, тяжелые. В первой группе: при выраженных легочных явлениях, кроме незначительных диспептических явлений и локализованной боли в прав. нижнем квадранте живота, ничего клинически не обнаруживалось. 2-я гр.: обычно при резком ухудшении легочного процесса появляются кишечные расстройства и остаются упорными: запор, диарея, боли, язвенный стул, дегидратация, утолщение стенок *coeci, colonis*; рентген дает деформацию конечной части *ilei, coeci, colonis*. 3-я гр.: тяжелые случаи легочного туб. с множеств. язвами отдельными или сливающимися, пронизывающими все слои кишечной стенки, обычно смерть от геморрагий, перфораций и истощения. А. считает рентгеноскопию необходимым методом исследования даже в первой группе. Основной локализацией туб. энтероколита являются *appendix, coecum, colon asc.* Указывая на работы Archibald'a (Canad. M. A. J.) автор, как основной метод лечения, рекомендует хирургическое вмешательство (лапаротомию) с иссечением строго локализованных туберкулезных поражений кишечника.  
Н. Крамов.

184. *Интрадермальная вакцинация BCG*. A. Wallgren, (Am. Med. J., 15/XII 1928), указывая на отсутствие достаточного количества данных об иммунизирующем действии BCG, вводимых *per os* (по Calmetty проба с туберкулином в этих случаях положительной бывает редко) и желая исследовать клинически течение вакцинации, предлагает введение BCG не *per os*, а интрадермально. А. отбирал детей пред инокуляцией, производя внутрикожные пробы 0.1 до 3 mg O. T., так как пробу Pirquet а. считает недостаточной. Если ребенок не реагировал на эту внутрикожную пробу, то считался годным для вакцинации BCG. На месте инъекции 0.25—1 mg BCG появлялся узелок, державшийся несколько дней и исчезавший; несколько недель спустя появлялась инфильтрация, увеличивавшаяся в объеме, через нагноение происходила перфорация *cutis* и фистула самостоятельно излечивалась. В 5 случаях а. кроме того видел припухание с нагноением и фистулой регионарных лимфатич. желез, в гное были обнаружены BCG патогенные для морских свинок.—Этот факт нагноения лимф. железы опровергает взгляд на то, что BCG не производят никаких анатомических изменений в железах, т. е. BCG более вирулентны, чем предполагалось. Фистула закрывалась в течение нескольких месяцев фиброзным рубцом; желая избежать образования фистулы и получить положит. реакцию на туберкулин, а. уменьшил дозу BCG до 0.1 mg, каковую дозу он считает оптимальной для интракутанной вакц. Результаты вакцинации а. проверял туберкулиновой пробой в 1 mg, причем появление аллергии варьировалось от 1½ до 16 недель в зависимости от дозы BCG. Появление чувствительности к туберкулину после BCG говорит о том, что ребенок вакцинирован—это единственный метод проверки вакцинирования, и это поддерживает теорию о том, что только те дети действительно иммунны, которые дают чувствительность к туберкулину после вакцинации. У детей, не имевших аллергии, через 6—7 недель производилась ревакцинация BCG, иногда сопровождавшаяся не только появлением чувствительности к туберкулину, но и нагноением первичного, не давшего аллергии места укола—узелка.

Отмечая далее индивидуальные реакции на BCG и различную вирулентность различных препаратов BCG, а. говорит, что только при интрадермальном методе можно видеть и следить за результатами вакцинации, чего нельзя сделать при введении BCG *per os*.  
Н. Крамов.

## г) Внутренние болезни.

185. *Нарушение проводимости предсердия*. W. Dressler (Mediz. Klin. № 5—1929) приводит два случая наблюдавшихся им нарушений в атрио-вентрикулярной проводящей системе, при которых в одном электрокардиограмма дала положительную волну „P“ при атрио-вентрикулярных экстрасистолах, а в другом случае—W e n s k e b a s h'овский период и изменения формы предсердной волны.  
С. М. Райский.