

*Кальметизация в медицинских семьях.* Pr. Med. 1932, 94.

Calmette собрал анкеты 282 мед. работников, вакцинировавших BCG своих детей. Из 514 детей, вакцинированных в 1924—1932 г., умерло 7 детей и только один из них от предполагаемого тбк. Проработка анкет, проданных на тщательных наблюдениях, подтверждает мысли 46 иностранных ученых, опубликовавших свое заявление в мае 1932г.: полная безвредность BCG; уменьшение общей смертности детей, вакцинированных BCG; почти полное отсутствие смерти от тбк вакцинированных детей в первые годы их жизни; BCG не переходит в вирулентное состояние.

Calmette гов., что вакцинация BCG должна быть проводима всем новорожденным и даже в семьях, где, по виду все здоровы, так как никто не знает, где ожидает их заражение. Вакцинация BCG должна стать такой же обычной, как прививка оспы.

Н. Крамов.

*Гематогенный туберкулез легких.* Med. Klin. 1932, 39.

H. Assmann различает след. формы гематогенного тбк легких: острый, подострый, хронический милиарный тбк, miliaris discreta, lymphangitis reticularis. Острый мил. тбк занимает незначительное место среди гематогенных форм легочного тбк. Подострый и хронический мил. тбк часто имеют доброкачественное течение, даже при распространенных высыпаниях бывает или рассасывание, или рубцевание очагов и выздоровление. С другой стороны, наблюдается инфильтрация с дальнейшим распространением процесса. Tbc mil. discreta—скупные высыпания с ограниченной локализацией.—часто дают повод к плевриту. Lymphangitis reticularis характеризуется пятнистостью (с нежной сеткой, в петлях которой пятна) на рентгене, а клинически—цианозом и диспноэ (на почве гипертрофии правого сердца). Сравнивая клинические формы Assmanna, одного из крупнейших немецких фтизиатров, с классификацией, принятой в Каз. туберк. ин-те (опубликована в № 8 „Борьба с тбк“) мы видим, что не только в основном, но и в деталях обе классификации очень близки и уделяют гематогенным формам то место в клинике легочного тбк, какое он занимает в жизни. (Референт).

Н. Крамов.

T. Kating. *О выявлении тбк больных в общеврачебной практике.* (Med Kl. 1932, 39).

Большинство случаев раннего инфильтрата начинается без выраженных субъективных явлений, перкуторные и аускультативные изменения также незначительны или отсутствуют; все это ведет к тому, что основное требование: выявить действительно ранние формы тбк не удается. Рентген по понятным причинам не может охватить всех подозрительных на тбк. Авт. предлагает у всех амбулаторных больных, подозрительных на тбк, проводить исследование РОЭ, крови по Шилляну у взрослых и кожной тбклиновой пробы у детей. Найденные отклонения требуют рентгеноскопии этих больных. Из 436 больных, обследованных а., дали изменения картины крови в 57% (252 чел.). Когда эти 252 человека были подвергнуты рентген. обследованию, то обнаружено: 26 случаев активного тбк (8 случаев выраженного раннего инфильтрата, 10 сл.—ранних форм пригласного тбк с инфильтрацией легочной ткани, 8 сл.—активного далеко зашедшего тбк, до того времени не распознанного); 24 случая латентного тбк, до того времени не распознанного, 8 случаев тбк, бывшего ранее под подозрением. В 12 случаях было установлено активирование и ухудшение процесса. А. считает указанные реакции не специфическими для тбк, но имеющими большое практическое значение в общ. врачебной практике.

Н. Крамов.

*Рвота у нефритиков.* Pr. Med. 1932, 66.

Caulaert et Stahl вводили интравенозно 7—10,0 поваренной соли и получают прекращение рвоты у нефритиков. Неукротимую рвоту последних а.а. объясняют хлоропенией. В тех случаях, где введение соли не останавливало рвоты, последняя обусловлена не хлоропенией. В приведенных историях болезни иллюстрированы практически результаты теоретических предположений авторов.

Н. Крамов.

*Гипертензии почечные и внутривенные вливания глюкозы.* Pr. Med. 1932, 65.

Roch et Martin вводили в вену ежедневно по 500,0 20—30% раствора глюкозы в случаях гипертензий почечного происхождения с тяжелыми явлениями „Каз. мед. журн.“ № 1-2, 1933 г.