

лисом реакция эта почти всегда дает положительный результат (в 90—100%). В некоторых случаях у сифилитичек могут родиться дети, свободные от признаков сифилиса и остающиеся здоровыми впоследствии; RW у таких детей неизменно отрицательная. Здесь не исключается возможность рождения действительно здоровых детей, поскольку самая передача болезни (особенно при старом сифилисе матери) носит факультативный характер. В отдельных случаях наблюдалась у таких детей вскоре после рождения кратковременная задержка гемолиза. Boas и Rietschel объясняют ее временным пассивным переходом противотел от матери, имеющим место в момент родов, именно, при отделении плаценты часть материнской крови неизбежно попадает в сосуды пуповины, а вместе с нею и некоторое количество противотел, вскоре затем исчезающих. При отрицательной реакции матерей у детей RW может быть положительная. Эта наблюдения нередки в практике, причем здесь речь может идти или о рождении больного ребенка латентной сифилитичкой, ранее леченной, или о Colles'овской матери, которую мы также считаем несомненной носительницей инфекции.

Ограничиваясь этими краткими замечаниями о RW при врожденном сифилисе, резюмируем наши современные воззрения на врожденный сифилис в следующих положениях:

- 1) Герминативный способ передачи болезни не доказан, но с теоретической точки зрения имеет за себя мало оснований.
- 2) Infectio ex patre, теоретически вполне возможная, требует дальнейших доказательств.
- 3) Наиболее вероятным и доказанным является плацентарный способ передачи.
- 4) Сперма, как и всякий секрет сифилитического организма, может содержать в себе спирохеты и быть т. о. заразной.
- 5) В плаценте сифилитических детей всегда обнаруживаются спирохеты, притом в большом количестве в детской части ее, что объясняется лучшими здесь условиями для их роста и размножения.
- 6) Все без исключения матери, рождающие сифилитических детей, сами являются носительницами инфекции, независимо от того, имеют ли они признаки болезни, или нет.

Рефераты.

а) Туберкулез.

301. К вопросу о действии *tbc* палочек на развожки тканей *in vitro*. Произведя ряд исследований в этом направлении, проф. А. А. Максимов (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1928, № 3) убедился, что бациллы BCG отличаются от бацилл бычьего *tbc* гораздо более слабою вирулентностью. Главная роль в защитной реакции тканей против *tbc* инфекции принадлежит полибластам и продуктам их трансформации—эпителиоидным и гигантским клеточкам, которые развиваются частью из гистиоцитов, частью из незернистых лейкоцитов, лимфоцитов и моноцитов; эпителиоидные клетки фагоцитируют *tbc* палочки, окружают их колонии, соединяются в группы и сливаются в гигантские клетки, образуя бугорки. Наблюдая этот процесс в тканевых культурах при действии с одной стороны палочек BCG, с другой—*tubus bovinus*, проф. М. нашел, что, между тем как первые не проявляют никакого токсического действия на клеточные элементы, вторые проявляют такое действие на фагоциты, даже на известном расстоянии, и эпителиоидные клетки кролика оказываются совершенно бессильными бороться с ними. Р.

302. Значение различных глобулиновых реакций для диагностики *tbc*. Ипатьев и Хольцман (Вопр. Туб., 1928, № 1) на санаторном материале изучили сравнительную ценность реакций Daranvi, Bruck'a, Costa и скорости оседания эритроцитов. Выводы их сводятся к тому, что р. Daranvi является наиболее ценной и необходимой, ибо она тонко передает изменения в ходе *tbc* процесса, являясь наиболее верным показателем активности процесса. Эта реакция идет параллельно с реакцией оседания эритроцитов, причем обе они дополняют друг друга. Р. Bruck'a громоздка, и ее показания в большом % случаев идут в разрез с клинической картиной и реакцией оседания эритроцитов. Наконец,