

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—*typus 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,

p. Costa технически очень проста, но ценность ее невелика, так как она, являясь положительной в тяжелых случаях, идет в разрез с клиническими данными при более легких tbc процессах.
М. Ойфейбах.

303. *Первоначальная tbc инфильтрация у взрослых.* Остановившаяся на этом чрезвычайно интересном и важном вопросе и исходя из работ Assman'a и Redeker'a, Прозоров и Канторович (Вопр. Туб., 1928, № 1) на основании своих 19 случаев приводят клиническую и рентгенологическую картину первоначальной tbc инфильтрации у взрослых. Крупно-очаговая инфильтрация эта, располагаясь близко к плевральной поверхности, чаще всего обнаруживается на уровне II и III ребра справа, в верхней доле легкого, и является характерною не только для юношеского возраста. При прогрессировании процесса наблюдаются и пневмонические ее формы с распадом легочной ткани, в большинстве же случаев происходит рассасывание или омертвение инфильтрата. По классификации Rankin эта форма авторами рассматривается, как переходная от II к III периоду tbc, и признается большею частью результатом экзогенной реинфекции. Скучные субъективные и объективные данные клинического исследования делают значение тщательного рентгеновского обследования особенно важным для раннего распознавания этой формы, которой необходимо уделять большое внимание.
М. Ойфейбах.

304. *О частоте почечной бугорчатки.* J. Steiger (Beitr. zur Klin. der Tbc, Bd. 68, № 2—2) определяет таковую в 2,1% всех случаев и в 2,8% случаев открытой бугорчатки. Для раннего распознавания особенно важно нахождение лейкоцитов в стерильной моче.
С. С-в.

305. *Рентгенотерапия tbc аденита.* Ed. Wysz и A. Eghiazar (Schweiz. med. W., 1927, № 49) нашли, что благоприятно протекают при таком лечении adenitis hyperplastica, caseosa и purulenta, а мало поддается ему казеозный аденит.
С. С-в.

306. *Пересадка костной ткани при tbc тазобедренного и коленного суставов.* P. Vignard (Lyon chir., 1927, № 2) применяет эту пересадку в некоторых случаях tbc поражения названных суставов, именно, главным образом в начальных стадиях процесса, когда сустав еще подвижен, и нет ни натечников, ни свищей. При операции попутно удаляется пораженная синовиальная оболочка, а прилегающие эпифизы костей выскабливаются острой ложкой. Трансплантация кости может быть, по мнению автора, применена и в старых случаях tbc суставов с законченным процессом, но где анкилоза еще не наступило, конечности нужно придать более удобное положение, сустав еще болезненен и представляет опасность с трех точек зрения: возможности рецидива, дальнейшего разрушения суставных поверхностей и позднего анкилоза в дефективном положении.
А. Алексеева-Козьмина.

б) Внутренние болезни.

307. *К лечению злокачественного малокровия печеночною биотой.* В. Herold и H. Munsam (Klin. Woch., 1928, № 4) сообщают случай излечения больной 44 лет, которая после продолжительного (в течение 2 лет) лечения разными средствами была почти умирающей; гемоглобина у ней было 29%, красных телец—300,000. Через 2 недели лечения (250 грм. печени в день, в 3 приема) количество гемоглобина поднялось до 70%, а число красных телец—до 2,5 миллионов, с соответственным улучшением общего состояния. Но одновременно у больной развилось такое отвращение к печени, что пришлось ввести свободные от нее дни, а потом и вовсе заменить ее другими средствами. В № 11 того же журнала авторы сообщают еще более поразительный случай у настоящей moribunda, поступившей на лечение с 29% гемоглобина и тоже 300,000 красных телец; после 4 недель лечения печенью получились цифры 82% и 300,000, а еще через месяц 90% и 4,2 миллиона.
С. С-в.

308. *Частота различных форм эндокардита.* H. Krischner (Virch. Arch., Bd. 265, № 3) приводит данные относительно 78 случаев эндокардита, обнаруженных в Грацском Патолого-Анатомическом Институте. Случаи эти распадаются на 4 группы: 1) endocarditis simplex—36 случаев, 2) end. rheumatica—6 случаев, 3) end. maligna polyposa—35 и 4) end. ulcerosa—1.
С. С-в.