

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.* Останавливаясь 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 омертвление инфильтрата. По классификации Ranke 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. Eghiajar (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 бизитою.* В. Herold и Н. Munsam (Klin. Woch., 1928, № 4) сообщают случай излечения больной 44 лет, которая после продолжительного (в течение 2 лет) лечения разными средствами была почти умирающею; 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.* Н. 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.