

кринные органы. Мориак и Сарик приводят описание ряда случаев перемежающегося диабета, когда улучшение наступает без всякой видимой причины и притом без лечения. Брустё, на основании изучения нервных осложнений диабета, приходит к следующим важным выводам. Клинически жирному и тучному диабету соответствуют различные нервные расстройства. С точки зрения лечения, применение инсулина дает разные результаты при обеих этих формах и способствует их диагностике. Главные осложнения диабета описаны Бессьером, исследование и уход за диабетиком до, во время и после лечения инсулином—Ф. Ж. Трессаком; эта глава носит чисто практический характер. Наиболее интересна глава, написанная проф. Обертэном: каким образом можно клинически определить недостаток инсулина в происхождении сахарного мочеизнурения? Существуют ли надежные практические пробы для клинического контроля физиологической инсулинемии? Рассмотрено гипогликемизирующее действие циркулирующей крови после введения сахара, изучение разности между венозной и капиллярной гликемией после введения сахара, а также пробы Depisch-Nasenöhrl's, Staub'a и Vauthey. На основании сопоставления клинического течения и характера реакции больного на инсулин Обертэн различает 3 формы: диабет при клинически несомненном поражении островков, инсулиновый диабет (недостаток инсулина без поражения островков) и более сложные формы нарушения гликорегуляции. К диабету он относит не только формы с гликозурией, но также чистые гипергликемии и даже „потенциальный диабет“ с чрезмерной гипергликемией после нагрузки.

Наконец, Гиш останавливается на индивидуальных формах гликемии при различных конституциях после впрыскивания инсулина и адреналина. Он установил, что у пикносомов колебания гликемии меньше, чем у лептосомов, и предполагает, в первом случае наличие повышенной функции надпочечников. В этой работе цитируются Черноурцкой и Черноурцкая.

Книга свидетельствует об интенсивной научной работе в области диабета, выполняемой в Бордо.

Проф. М. Я. Брейтман (Ленинград).

Atti del Primo Congresso Internazionale di Elettro-Radiobiologia. Volume I e II, стр. 1360. L. Cappelli Editore, Bologna, 1935. Цена лир 150.

В двух роскошно изданных томах помещены труды первого международного съезда по электро-радио-биологии, состоявшегося с 10 по 15 сентября 1934 г. в Венеции. Первые сто страниц посвящены официальной части. Здесь мы находим речь проф. А. Г. Гурвича. Вторая часть, в которой помещены отчеты о научных сообщениях, содержит следующие главы: ультразвук, электрические токи, герцовские волны, фотобиология (лучи инфракрасные, видимые, ультрафиолетовые, лучи Гурвича), рентгено-биология, кюрибиология, космические лучи, действие на расстоянии, электро-радио-биология по отношению к воздуху, воде и минеральным источникам. Из советских ученых на съезде выступали Зборькин, Гурвич, Барон, Бляхер, Лиознер, Чмутова, Бородин, Добровольская-Завадская, Побединский, Сухарев, Надсон, Чижевский, Васильев. Доклады помещены на одном из европейских языков, и большинство из них имеет рефераты на остальных языках (итальянском, французском, немецком, английском). Съезд был триумфом А. Г. Гурвича, ибо особенно в Италии усердно занимаются разработкой и применением его лучей, которым на съезде было уделено три больших доклада и 20 отдельных сообщений.

Проф. М. Я. Брейтман (Ленинград).

N. Fiessinger. *Endocrinologie*. Стр. 152. Paris, Masson et Cie 1936. Цена фр. 20.

Книга относится к группе начальных медицинских учебников и, как указывает сам автор, написана как можно проще и элементарнее. После общих данных дается краткая характеристика основных эндокринных желез, указываются способы исследования больного, значение субъективных жалоб и объективных явлений; на 10 страничках дана вкратце элементарная функциональная диагностика. Описание клинических признаков занимает 62 странички. Здесь заслуживает внимания выделение вторичных форм и „малых недостаточностей“. В отделе терапии дана очень остроумная критика „полипотерапии“: „некоторые фирмы выпускают препараты, содержащие в себе вытяжки всех эндокринных желез; стало модным превращать это лечение в „русский салат“; если бы

он был действителен, то он имел бы по крайней мере то преимущество, что избавил бы врача от затруднений диагностики. Но этот модус отвратителен, ибо врач обязан установить в клинической картине истинную перспективу симптомов. Его органотерапевтическое лечение должно быть направлено куда надо и как надо". К сожалению, такие разумные призывы являются и до настоящего времени гласом вопиющего в пустыне.

Проф. М. Я. Брейтман (Ленинград).

Рефераты.

а) Иммунология и химиотерапия.

Hudson N. V., Lennette E. H. и Gordon F. B. *Факторы резистентности при экспериментальном полиомиелите* (J. Bacter., 1936, 31, 1). При экспериментальном полиомиелите воротами вхождения инфекции является *vulva olfactorius*; при перерезке последнего инфекция не развивалась. Нормальная слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта непроницаема для вируса полиомиелита. Удаление селезенки перед заражением несколько снижает резистентность животных; после заражения спленэктомия не оказывает заметного влияния. Присутствие в сыворотке животных специфических антител еще не является доказательством невосприимчивости животных к экспериментальному заражению через слизистую носовых путей. Н. К.

Dochez A. R., Mills K. C. и Kneeland U. *Изучение насморка. Культивирование вируса в культуре тканей* (J. Exper Med. 634, 1936). Культивирование осуществлялось на среде, содержащей измельченные ткани куриных эмбрионов. Материалом для посева служил фильтрат смыва из носоглотки больных насморком. Вирус несомненно размножается при этих условиях и сохраняет свою вирулентность для людей. Однако очень продолжительное культивирование способствует потере вирусом своей активности. Пересевы осуществляются каждые 2—3 дня. В смыве из носоглотки вирус при хранении на холоде сохраняется очень долго (не менее 4 мес.), в культуре тканей он погибает гораздо быстрее. Н. К.

Grillo и Schmitz. *Химиотерапевтические опыты при смешанной инфекции двумя видами трипанозом* (Ztschr. f. Immunitätsf., 1935). Несмотря на то, что германин является могущественным средством при трипанозомных инфекциях, существует, как известно, ряд видов трипанозом, резистентных к этому препарату. Однако Клейне и Фишер показали в Африке, что при смешанной инфекции козы *Tr. brucei* и *Tr. sarcae* первая излечивается двумя граммами германина, и, что особенно интересно, устойчивая к германину *Tr. sarcae* из периферической крови на 30-й день после лечения. Следовательно, *Tr. sarcae* в результате смешанной инфекции дала в ответ на введение германина ремиссию, что обычно места не имеет.

Авторы пытаются в настоящем исследовании решить вопрос, является ли наблюдение Клейне и Фишера случайным или же здесь имеется закономерное изменение отношения микроба к лекарственному веществу под влиянием смешанной инфекции. Изученная с этой целью смешанная инфекция крыс *Tr. lewisii* и *Tr. brucei* не обнаружила какого-либо взаимовлияния на течение инфекции. Кроме того, в противоположность данным Клейне и Фишера, обычная резистентность трипанозом крыс к германину ни в какой мере не изменилась.

Те же результаты были получены авторами при изучении смешанной инфекции белых мышей *Nagana* (*Tr. brucei*) и *Durine* (*Tr. equiperdum*), так как оказалось, что дозы германина, необходимые для излечения этих видов при смешанной инфекции, не меньше таковых, чем при лечении любой одной из них. Везлефаро-бластные трипанозомы штамма *Nagana*, полученные при лечении субтерапевтическими дозами триафлавина, обладают по сравнению с исходным штаммом определенной устойчивостью к триафлавинолу, но сохраняют обычную чувствительность к германину. П. Р.