

ниям по существу, несомненно, патологическим. Часть этих явлений может быть устранена или, по крайней мере, ослаблена в своем значении уже теперь, при соответствующем ведении родов и уходе за новорожденным. Другую часть мы должны научиться устранять или ослаблять в дальнейшем. В данном случае, говоря о новорожденном и причисляя к физиологическим многочисленные патологические явления, мы ослабляем у врача сознание глубокой патологичности периода новорожденности, требующего усиленного внимания и особенного ухода.

Следовало бы также отказаться от обычая рекомендовать отсутствующие у нас заграничные патентованные лекарства, не указывая, чем их можно заменить. Так, наш автор рекомендует Lenicet, Lobelin, Rivanol и даже Spirocid, идентичный вырабатываемому у нас осарсолу.

Несмотря на указанные недочеты, разбираемая книжка проф. Тура является полезным пособием для врачей и студентов, так как просто, ясно и со знанием дела излагает все, что необходимо знать о новорожденных начинающему врачу.

Проф. Е. М. Ленский.

Рефераты.

а) Экспериментальная медицина и внутренняя терапия.

Faust и Schwarzwelder. *Влияние печеночного экстракта на амебиаз.* (Proc. Sol. Exper. Biol. Med. V. 33, 1, 1936). Выяснение роли диетических факторов в борьбе с кишечными паразитами является проблемой первостепенной важности. Авторам удалось доказать благоприятный эффект, наступающий после дачи сырой печени или ее экстракта при амебиазе, вызванном у собаки после интрацекального введения паразитов гемолитической эндамебы. В некоторых случаях удавалось добиться полного устранения паразитов, не прибегая ни к каким другим средствам. В чем состоит механизм действия печеночной ткани, еще не выяснено. Активное начало, сосредоточенное, по всей вероятности, гл. обр. в жидкой фракции сырой печени, разрушается при нагревании в автоклаве при 17 фунтах давления в течение 20 минут. Высушенный желудок не оказывал никакого улучшающего действия. Возникал вопрос относительно того, совпадает ли активное при амебиазе начало с противоанемическим. Для выяснения его авторы попробовали вводить очищенный экстракт печени внутримышечно. Инфицированным животным вводился таким способом по 2—3 куб. см экстракта через 2—3 дня (каждый куб. см соответствовал 5 г свиной печени). 6 собак получили коммерческий экстракт и 8—специально приготовленный самими авторами. В противоположность печени или ее препаратам, вводимым через рот, экстракт, впрыскиваемый внутримышечно, не оказал заметного влияния на кишечных амёб, хотя число эритроцитов заметно возросло. На основании этого авторы пришли к заключению, что фракция сырой печени, эффективная в качестве амебостатического агента, либо отличается от той, что производит эритропоэз, либо ее действие тормозится при внутримышечном введении.

В. Дембская.

Marchoux и Chorine. *Реакция Генри при малярии.* (Presse Méd. V. 42, 18/XII 1935). По мнению авторов, имеются два точных способа установления диагноза малярии: обнаружение паразита под микроскопом и нахождение его пигмента в крови. При определении его большую роль играет реакция Генри, хотя ей и не присуща та абсолютная специфичность, которая признавалась за ней раньше. Реакция эта основывается на изменениях, происходящих в сыворотке крови, и сводится главным образом к нарастанию коэффициента эйгглобулинов, осаждаемых дистиллированной водой. При положительном результате может наблюдаться от 5 до 70% ошибок, при отрицательном—не более 10%. Надо иметь в виду, что реакция не выходит в тот момент, когда микроскоп обнаруживает присутствие паразитов в крови. При производстве реакции важно придерживаться некоторых технических правил: нельзя брать кровь для исследования в то время, как в ней появились паразиты, и надо брать ее обязательно

натошак. Кровь надо исследовать немедленно после извлечения, фактор времени играет весьма существенную роль. Исследуя пациентов, заразившихся малярией в колониях, авторы получили положительную реакцию в 35—40% в течение первых 6 месяцев по их возвращении, и она падала почти до 0 спустя 2 года.

В. Дембская.

Gottlieb. Влияние высокой температуры на пульс и кровяное давление. (Amer. J. Physiologie. V. 112, 1935). Автор изучал влияние высокой температуры на пульс и кровяное давление у 16 нормальных субъектов. Он отметил, что когда комнатная температура поддерживалась между 23,1—23,9°C в течение трех с половиной часов, средняя скорость пульса уменьшалась в среднем на 9,9 удара в минуту. Среднее систолическое давление не обнаружило никакой перемены, среднее диастолическое возросло на 8,7 мм ртут. Когда комнатная температура повышалась между 23,6—33,2°C на три с половиной часа, то в течение первого часа пульс ускорился на 2,6 удара в минуту, затем замедлялся на 5,8 удара, среднее систолическое давление не изменялось, среднее диастолическое возрастало на 3 мм ртут.

В. Дембская.

Tzank. Острый нефрит, развившийся после введения стафилококкового анатоксина. (J. Am. m. Ass. Vol. 106, № 16, 18/IV, 1936). Автор приводит историю болезни 43-летней женщины, упорно страдавшей фурункулезом в течение последних трех лет. Кожный тест, сделанный со стафилококковым анатоксином, дал положительную кутиреакцию умеренной степени. С лечебной целью больной было сделано 4 впрыскивания анатоксина через недельные промежутки, начиная с дозы в 0,25 и доходя до 0,5 куб. см. После четвертого укола фурункулы исчезли, и больная считала себя вылечившейся. Однако спустя 2 недели после последнего впрыскивания она обратила внимание на появление отеков у лодыжек и рецидив фурункулов на шее. Через два дня отек генерализировался. Количество мочевины стало достигать 30 мг на 100 куб. см крови, в моче появились гиалиновые цилиндры и большое количество белка. После назначения бессолевой диеты отеки исчезли, и количество белка в моче пошло на убыль. Из анамнеза выяснилось, что у пациентки была альбуминурия во время двух первых беременностей, за последние же 10 лет никаких патологических явлений со стороны почек не отмечалось. Автор напоминает, что Рамон, Дебре и их сотрудники обращали внимание на существование аллергического состояния по отношению к стафилококковому токсину у лиц с хроническим фурункулезом. Автор впрыскивал стафилококковый анатоксин 90 пациентам и наблюдал, что реакция выявляется тем сильнее, чем дольше продолжается заболевание. Степень реакции, по его мнению, является делом индивидуальной выносливости. Он придерживается того взгляда, что к анатоксину следует прибегать лишь в крайних случаях при очень упорно текущем фурункулезе, актилярном адените, сикозе и карбункулезе. Следует быть очень осторожным и тщательно наблюдать за развивающейся реакцией у лиц с уртикарией, астмой и отмечаемой в анамнезе недостаточностью почек.

В. Дембская.

Kirschen M. Яд кобры и его терапевтическое применение. (Wien. klin. Wschr., 21, 648, 1936). На основании своих наблюдений а. приходит к выводу, что яд кобры отнюдь не является специфическим средством против рака; он ни разу не видел действительного выздоровления, исчезновения или уменьшения опухоли, хотя этого и можно было бы ожидать на основании экспериментов на животных; не наблюдалось также и остановки роста опухолей, хотя подобные случаи и описывались в литературе. Единственным твердо установленным свойством яда кобры является его обезболивающее действие, дающее возможность применять его вместо морфия у безнадежных раковых больных, страдающих сильными болями. Хотя он и не оказывает столь быстрого действия, как морфий, тем не менее оно держится значительно дольше. Для больных с пониженным питанием и кахексией применение яда кобры имеет громадное значение в том отношении, что, уменьшая боли, он не понижает аппетита, как это наблюдается при назначении морфия, и не парализует, как этот последний, защитных приспособлений организма. В последнее время а. с успехом применял яд кобры при различных невралгиях; в 7 сл. ишиаса в относительно короткий срок было получено полное выздоровление.

Б. Иванов.

Neuber E. Дальнейшие данные к вопросу о специфическом лечении рожи. (Wien. klin. Wschr. 19, 1936). Так как возбудитель рожи неизвестен, применение специфических сывороток не дает благоприятных результатов. Наоборот,