

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, проделанный 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 отношении короткой 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,

очень хорошее действие оказывает сыворотка, полученная от большого количества лиц, выздоравливающих от рожи, особенно при тщательном ее приготовлении и применении в свежем виде; впрыскивают в ягодичную область, по возможности в начале заболевания, 40—60—80 см³; особенно хорошее действие наблюдается в тяжелых случаях. Во избежание рецидивов рекомендуется сделать несколько впрыскиваний сыворотки и по миновании острых явлений. Наряду с этим, с самого начала заболевания можно без всяких опасений применять физио- и хемотерапию.

Б. Иванов.

Stokey P. a. Oth. *Иммунобиология остеомиелита*. (Arch. Surg. 32. 494—505, 1936). Из 71 штамма стафилококков, полученных, главным образом, от больных с остеомиелитами, а также с фурункулезом и другими стафилококковыми инфекциями, 90,1% давали гемолиз и 80,5% вызвали некрозы кожи. Выделенный из бульонных культур этих штаммов токсин обнаруживает гемолизирующее, некротизирующее и летальное действие и вызывает воспалительные изменения в почках, сердце и печени экспериментальных животных. Стафилококковый токсин играет важную роль в патогенезе остеомиелита; как истинный токсин он обуславливает образование специфического антитоксина. Значительные количества последнего были обнаружены в кровяной сыворотке больных во всех исследованных случаях, большей частью начиная со второй недели болезни. Относительно высокая смертность от остеомиелита в течение первых двух недель зависит от сравнительно низкого титра антитоксина в это время, почему при остром остеомиелите безусловно рекомендуется применение содержащей антитоксин стафилококковой сыворотки, а при хроническом—введение анатоксина.

Б. Иванов.

б) Хирургия.

Вопа Тг. *Новый способ радикальной операции паховой грыжи*. (Zbl. Chir. 12. 699—702, 1936). Описание нового способа радикальной операции паховой грыжи, наверняка предотвращающего, по мнению а., развитие рецидивов и других осложнений после этого рода операций (нагноение, гематомы). После обычного разреза мягких тканей параллельно паховой связке, изоляции семенного канатика и грыжевого мешка и резекции последнего, накладывается два ряда швов. Швы первого ряда, накладываемые толстыми нитками из нерассасывающегося материала, захватывают край верхнего лоскута фасции и поперечной мышцы живота, проводятся под семенным канатиком к паховой связке, проходят через наиболее глубокий ее отдел и выводятся на поверхность кожи, отступя на два пальца от нижнего края разреза. Швы стягиваются и завязываются на поверхности кожи над марлевым валиком. Второй ряд швов (4—5) захватывает край нижнего лоскута апоневроза и укрепляет его над семенным канатиком таким образом, что последний оказывается между двумя его листками. Этот ряд швов также выводится через кожу выше линии разреза и тоже завязывается над марлевым валиком. На разрез кожи накладываются шелковые швы или скобки. Последние удаляются на 7—8-й день, а швы, завязанные над марлевыми валиками,—на 10—12-й день. Способ применим при всех видах паховых грыж, причем дубликатура фасции в значительной степени усиливает крепость брюшной стенки. Создаваемое марлевыми валиками давление в двух противоположных направлениях препятствует образованию послеоперационной гематомы; кроме того, благодаря выведению швов на поверхность кожи и удалению их на 9—12-й день в ране не остается никаких инородных тел, и никогда не развивается нагноений в области швов.

Б. Иванов.

Schmiedt E. *Пункция при асците в коленнолоктевом положении*. (Münch. med. Wschr., 23, 933, 1936). А. описывает новый способ пункции при асците, при котором после введения троакара на уровне пупка по средней линии больной переводится в коленнолоктевое положение. Преимуществом способа является беспрепятственный отток жидкости и возможность контроля в каждый данный момент уровня ее и определения момента полного опорожнения брюшной полости. Помимо этого, способ дает возможность избежать просачивания жидкости как наружу, так и между отдельными слоями брюшной стенки со всеми его последствиями и обеспечивает быстрое и полное заживление раны после прокола. Единственным недостатком его является невозможность применения у очень ослабленных больных, которым трудно придать коленнолоктевое положение.

Б. Иванов.