

лучить этот гемотоксин можно, воздействуя различного рода сыворотками, но не какими-либо другими жидкостями, которые очевидно также экстрагируют его, но не консервируют. Лучше всего для получения гемотоксина применять чистую сыворотку без прибавления каких-либо консервирующих веществ; реакция среды должна быть слабо щелочная ($pH=8$). Определенным объемом сыворотки можно из данного количества стрептококков получить лишь строго определенную часть часть гемотоксина. Подогревание сыворотки для экстрагирования роли не играет; при увеличении разведения сыворотки количество получаемого токсина падает.

Полученный этим способом гемотоксин, не содержащий микробов, убивает белых мышей при наличии явлений тяжелого разрушения крови (гемоглобинурия), у морских свинок обуславливает при подкожном введении некрозы и у кроликов при внутреннем введении больших доз вызывает смерть при тех же явлениях, что у мышей.

Способность вырабатывать гемотоксин различна у разных гемолитических штаммов и не идет параллельно с инфекционностью последнего. Штаммы, хорошо образующие гемолизин, являются и хорошими продуцентами гемотоксина, что, однако, вовсе не указывает на идентичность обоих этих веществ.

П. Р.

Heymer и Wohlfeil. Изучение содержания триптофана в сыворотке крови при инфекционном процессе и его клиническое значение (Ztschr. f. Immunitätsf., Bd. 87, 1936).

Автор изучал поставленный вопрос на больных в возрасте до 60 лет (по преимуществу 20—30 лет). Кровь бралась натощак, определение содержания триптофана велось по калориметрическому методу Фюрта. Исследования показали, что содержание триптофана в сыворотке человека при наличии инфекции очень сильно изменяется; при этом высота повышения его содержания различна и зависит от рода и тяжести заболевания. При остро начинающихся и быстро протекающих инфекциях, при которых большую роль играет бактериемия, значительное повышение содержания триптофана быстро наступает и быстро падает, в то время как при медленно развивающихся заболеваниях повышение его количества идет медленно и дольше держится. К последним относятся по преимуществу заболевания, при которых на первом месте выступают токсические явления (тиф, скарлатина). Проявления иммунитета находятся в связи с содержанием триптофана в сыворотке, однако агглютининообразование при тифе не идет параллельно повышению триптофана, как это имеет место в эксперименте (Вольфейль). Наличие повышенного содержания триптофана в крови после окончания болезни имеет место только при инфекциях, оставляющих длительный иммунитет (тиф, скарлатина, дифтерия).

На основании исследования целого ряда инфекций (различные стадии туберкулеза, ангина, скарлатина, пневмония, нефриты, артриты, тиф, паратиф В, дизентерия), автор приходит к выводу, что повышение содержания триптофана является неспецифической реакцией крови, которая однако, указывая на иммунобиологические процессы в организме больного, помогает прогнозу и следовательно имеет ценное клиническое значение.

П. Р.

б) Педиатрия.

Gillard. Туберкулезная инфекция у детей деревни (Pr. Med., 43, 1936). Gillard провел туберкулиновую реакцию во Франции у детей 60 деревень, с населением в 500 и 10000 человек. На материале более чем 10000 реакций а. нашел цифры пораженности тбк, значительно более низкие, чем у предшествующих авторов. В то время как Gavois и Lereboullet дают 52—65% пораженности детского возраста, автор дает всего 33—38% для наиболее инфицированного возраста (10—12 лет). Автор пользовался реакцией Моро. Отмечая снижение тбк пораженности, как факт детуберкулинизации населения, а. подчеркивает диагностическое значение туберкулиновых проб.

Крамов.

Priesel. Прогноз диабета в детском возрасте (Wien. kl. Woch. № 49, 1935). До введения в терапию диабета инсулина больные диабетом дети, лежавшие в Венской детской клинике, почти все умирали. Но с введением в детской клинике инсулина наступил сразу резкий перелом. Лежавший 25 лет назад