

тям 8—15 лет—0,5 см³, детям от 1 до 8 лет—0,25 см³ (под кожу, в область дельтовидной мышцы). Таким образом одна морская свинка дает 2000 доз вакцины для взрослого человека.

Введение вакцины Ж. Бланка, по его наблюдениям, не сопровождается никакой реакцией со стороны организма и сообщает вакцинированным людям прочный иммунитет в отношении сыпного тифа. В течение 1935—36 гг. Ж. Бланком с сотрудниками было вакцинировано в Африке (Марпоко) 27929 человек желчной вакциной, причем вакцинация проводилась в эпидемических очагах среди туземного населения и без проведения каких бы то ни было санитарно-профилактических мероприятий. Эпидемии сыпного тифа после таких прививок быстро прекращались. Очевидно, что метод Бланка будет иметь большое значение в борьбе с сыпным тифом в эпидемических очагах, где предполагается уже значительное перезаражение и наличие инвазивных инфекций, т. е. вирусоносительство. Но этот метод непригоден для применения при иной ситуации, так как он может создать массовое вирусоносительство.

Вакцины Ш. Николая и Легрэ. Ш. Николь и Легрэ недавно предложили новый способ приготовления вакцины против риккетциозов человека, в частности сыпного тифа. Они высушивают крысиный вирус и смешивают его с высушенным же яичным желтком; после этого смесь вируса с желтком заключается в оливковое масло (метод создания антигенного депо). Так как вирус плохо переносит высыхание, то вакцину, очевидно, пришлось бы, в случае надобности, готовить *ex tempore*. Ж. Бланк сомневается в том, чтобы масляная вакцина Николь и Легрэ могла быть использована на больших людских коллективах (военные эпидемии и проч.).

Румынская вакцина. В самое последнее время Комбиеско приготовил вакцину, включая эпидемический вирус сыпного тифа (мозг, надпочечники и селезенка инфицированной морской свинки) в ланолин, а затем в оливковое масло. Свинки и люди, привитые такой вакциной, не реагировали. По этому поводу Бальтеану и Константеску говорят, что масло, в большинстве случаев, разрушает вирус и поэтому вакцина не дает реакции. Но в тех случаях, когда вирус не был убит, прививка масляной вакцины вызывает у животных и человека абортный тиф. Очевидно, эта вакцина не дает никаких преимуществ перед употреблением вакцины, приготовленной из крысиного (эндемического) вируса, и в ряде случаев может быть опасной.

Приводя здесь материалы, касающиеся воспроизведения активного иммунитета против риккетциозов человека, мы имели в виду отметить тяжелый путь, пройденный экспериментаторами, работавшими в области проблемы иммунитета при риккетциозах. Лицам, которые в ближайшем будущем приступят к опытам практического осуществления иммунитета к риккетциозным заболеваниям, работа будет в значительной мере облегчена.

Поступила 17.V. 1939.

РЕЦЕНЗИИ

В. В. Ефремов. *Важнейшие авитаминозы человека*. Медгиз. 1939. 192 стр. Цена в пер. 4 р. 60 к.

Книга начинается с краткого изложения истории открытия витаминов, за которым следует определение понятий авитаминозов, гиповитаминозов, моно- и полиавитаминозов. Автором выделяется также „преавитаминоз“, симптомы которого вполне, мне кажется, укладываются в рамки гиповитаминозных состояний. Поэтому выделение „преавитаминоза“ мне представляется излишним; оно вместе с тем и нецелесообразно, так как может содействовать отсрочке окончательного диагноза, как это было и с понятием „прегуберкулеза“.

Описание отдельных авитаминозов дано в алфавитном порядке соответствующих витаминов: А, В, С и Д. Наиболее обстоятельно описаны авитаминозы, вызываемые недостатком витаминов группы В. В начале каждой главы приводятся интересные исторические сведения, затем изложены этиология, клиника, профилактика и лечение соответствующего авитаминоза у взрослых. Даны также на 1—2 страницах краткие сведения о симптомах данного авитаминоза у детей. Только в главе VII, посвященной авитаминозу D, нет ничего об этом авитаминозе у взрослых, т. е. об остеомалиции, а говорится лишь о рахите. При этом, в отношении клиники рахита допущен ряд неточностей, из которых отмечу здесь имеющие значение для практического врача.

В качестве одного из первых симптомов рахита указана „неподвижность и скованность ребенка“ (стр. 163), между тем как рахитик вначале, наоборот, повышено подвижен из-за беспокойства. Кожа описывается как шелушащаяся (там же); в действительности же вследствие повышенной потливости она всегда гладкая, часто влажная.

Утверждение, что „большой родничок, достигающий 4—5 см на 9-м месяце жизни, служит явным признаком рахита“ (стр. 164), также нельзя принять безоговорочно; могут быть и другие причины незарощения родничка. Рахитическое поражение позвоночника пояснено в скобках как спондилит (стр. 166), между тем как здесь воспалительного процесса нет. Неправильны также утверждения, что рахитом поражаются главным образом дети в возрасте от 2 до 3 лет и что развивается он обычно поздней осенью (стр. 171). Дети заболевают рахитом большей частью уже на первом году или даже на первом полугодии, обычно зимой или ранней весной.

Более соответствовало бы плану книги, если бы автор посвятил главу о витамине Д в основном остеомаляции. Другие главы книги написаны очень хорошо, с большим знанием дела, живым языком и сжато. К каждой главе приложены таблицы, указывающие содержание соответствующего витамина в продуктах, и подробный список литературы. Издана книга аккуратно, почти без опечаток, к сожалению, совсем без рисунков, которые были бы здесь очень кстати.

В общем книга В. В. Ефремова является нужным и полезным пособием, которое можно рекомендовать каждому практическому врачу.

Е. Лепский.

Рефераты

а) Терапия

Грезер. *Лечение ингаляциями бронхиальной астмы*. J. Am. med. Ass. T. 112, № 13, 1/IV, 1939.

Автор изучал действие спазмолитических веществ при приступах бронхиальной астмы. Ингаляции производились с помощью специального атомейзера, дающего хорошую дисперсию жидкостей. Наилучший эффект получен от вдыхания растворов адреналина 1:100 или кокаина 1:100. Безрезультатным оказалось вдыхание раствора эпинофрина 10:100, так же как и неосимфрина 5:100. Метод ингаляций автор считает весьма эффективным и рекомендует им широко пользоваться.

В. Дембская.

Лихтенштейн. *Осложнение от терапевтической гипертермии*. Amer. J. of Pathologie. T. 15, W 13, V, 1939.

Перегревание организма может привести к весьма серьезным осложнениям, иногда со смертельным исходом. В США было зарегистрировано 50 таких случаев. Автор приводит историю болезни человека 36 лет, крепкого телосложения, который был подвергнут пиротерапии (ванны и горячие обертывания) вследствие инфекционного артрита пальцев невыясненной этиологии. Во время третьего сеанса перегревания было замечено, что температура у пациента прогрессивно подымается. Ничто не могло остановить этого подъема, достигшего вскоре 43°C. Смерть наступила через 35 часов после установления искусственной лихорадки (появилась кома и развился паралич дыхания). На вскрытии были обнаружены множественные точечные кровоизлияния и некрозы в сером веществе коры мозга, геморагии в левой внутренней капсуле, тромбозы мельчайших вен и капилляров, конгестия и отек мозга, инфаркты в почках и селезенке, дегенерация паренхимы печени, кровенаполнение легких с геморагиями и отеком. Автор сравнивает эту патологоанатомическую картину с 9, описанными раньше. Некоторые из обнаруженных им явлений, например, сосудистые поражения, тромбы мелких вен и капилляров пораженных областей также, как и инфаркты внутренних органов, другими авторами не были отмечены.

В. Дембская.

Тзао, Мак Краке, Чен-Куо и Дале. *Осложнения со стороны почек при лечении сульфипридином*. Am. Med. Ass. T. 113, № 14, 30 IX, 1939.

Авторы подвергли лечению сульфипридином 40 детей педиатрического отделения Шанхайского госпиталя, из которых большинство страдало общим нарушением питания, дегидратацией и полиавтминнозом, помимо основного заболевания. У 5 больных появилась гематурия: в случае № 4 через 24 часа после начала сульфипридинового лечения; в трех случаях (№ 1—2 и 3) через 48 часов, и только в случае № 5—на 6-й день. Дозировка, повидимому, не имела большого значения. Авторы учитывали возраст пациентов и давали количества сульфипридина, меньшие общепринятых. На