

шие витамины, и контрольные находились в одних и тех же условиях и получали тот же пищевой рацион. Животные, получавшие витамины, были подразделены на следующие подгруппы: 1) витамины давались через рот, 2) прикладывались местно на раневую поверхность и 3) одновременно вводились внутрь и прикладывались местно. Выяснилось, что витамин С не оказывает никакого действия на заживление ран ни при местном применении, ни per os. Витамины А и Д, будучи введены через рот, оказывают небольшое, при накладывании же на рану—весьма заметное заживляющее влияние. Особенно эффективным в этом отношении оказался витамин А. Под его влиянием время заживления значительно укорачивалось и раны принимали более чистый и здоровый вид, чем у соответствующих контрольных животных.

В. Дембская.

- Goodyear. *Остановка носового кровотечения.* (J. Am. m. Ass. V. 107, № 5, 1936 г.). Чаще всего, почти в 90% случаев, носовое кровотечение возникает в переднем отрезке носовой перегородки. Автор рекомендует смазывать кровоточащее место 10% раств. кокаина и затем прикладывать к нему 50% раствор ляписа. Носовое кровотечение останавливается при этом либо сразу, либо спустя 10—15 минут, когда станет достаточно выраженным вызванное этими медикаментами набухание слизистой носа. При кровотечении из задних областей носового дна следует их затампонировать марлей, смоченной в 50—100% растворе азотнокислого серебра. Наступающее при этом набухание обычно быстро останавливает кровотечение. Оказывает пользу и орошение носа ледяной водой. Александер (Вена) получал быструю остановку носового кровотечения введением внутривенно 5 куб. см 10% раствора поваренной соли. Хорошо действует в этом направлении и аутогемотрансфузия. Скиллерн рекомендует повторять ее через 20 минут, если первая порция (10—20 куб. см) не оказала эффекта. Суинг приводит случай кровотечения из тонзиллярных ямок после удаления миндалин, которое не поддавалось ни тугой тампонаде, ни тромбластическим средствам и стихло только после того, как он ввел в подлопаточную область 10 куб. см теплой свежей крови, только что взятой у соответствующего донора. При наличии гемофилии многие видели хороший эффект от введения яичниковых препаратов, еще лучший результат удается получить от повторного введения небольших количеств крови (150—200 куб. см), взятых от подходящего донора.

В. Дембская.

б) Инфекционные болезни.

Nyberg. *Терапия заболеваний тифозной группы.* (Kansas med. Soc. j. V. 37, 1936). После того, как установлен диагноз тифа или паратифов А и Б, автор тотчас же вводит больному в вену 10 куб. см 1% раствора меркурохрома. Затем он дает через каждые 4 часа по 0,2 меркурохрома в капсулах, растворяющихся только в тонких кишках. Через 8 часов после внутривенного введения меркурохрома он производит внутривенное вливание 1200 куб. см физиологического раствора соли. Этот курс лечения последовательно повторяется в течение трех дней. Затем еще две недели даются инкапсулированные таблетки меркурохрома. Если исследование кала обнаружит присутствие тифозных или паратифозных бактерий, то приемы меркурохрома продолжают еще дольше.

В. Дембская.

Hilgermann. *Соли желчных кислот в борьбе с инфекцией.* (D. m. W. 1936). Автор полагает, что щелочные соли желчных кислот сами по себе не способны дать стерилизующего организм эффекта, эффективность же их основывается на иммунизирующем влиянии части убитых ими бактерий. Он испытал иммунизирующее влияние этих солей на белых мышах, зараженных пневмококками и стрептококками. Наиболее подходящей он считает натронную соль таурохолевой кислоты. Он отметил, что те белые мыши, которые были заражены вирулентными штаммами стрептококка и которым затем вводились малые дозы таурохолата натрия, выжили, в то время как контрольные, получившие только прививку стрептококков, погибали через определенный срок. Применение вышеописанной хемотерапии в клинической практике натолкнулось на то затруднение, что водный раствор щелочных солей желчных кислот плохо удерживал оптимальную концентрацию водородных ионов, препарат ждающий кислую или нейтральную реакцию, еще усиливал тяжесть инфекции,