

он приводит симптомокомплекс, известный под названием «звучной коллики». В виду того, что этиология этого заболевания часто оставалась невыясненной, В. предпринял при ней систематические исследования реакции оседания эритроцитов, причем обнаружил в части случаев отклонения от нормы. Это позволило ему рассматривать указанные случаи, как хронический рецидивирующий аппендицит. Операция подтвердила его диагноз.

Г. Хаин.

191. *Скорость реакции оседания эритроцитов при скарлатине.* Проведя ряд систематических определений этой реакции в 15 сл. скарлатины, Вüschler (Zeit. f. Kind., Bd. XXXIX, N. 1; Bd. XL, N. 1/2) получил типичную для скарлатины кривую (на 2-ой день болезни время оседания колеблется от 60 до 20 мм., затем от 2-го до 28-го дня отмечается постепенное нарастание времени оседания эритроцитов, а после 28-го дня величина эта становится постоянной и соответствует скорости оседания эритроцитов у данного больного до начала заболевания), имеющую большое диагностическое значение, ибо скарлатиноподобные токсические экзантемы никогда не дают подобной кривой. Напротив, появление таких осложнений заболевания, как отит, лимфаденит, ангина, нефрит, влечет за собой неперемнное отклонение от нормы кривой оседания эритроцитов, причем отклонение это наступает раньше температурных показаний и субъективных симптомов. Отсюда автор приходит к такому выводу: если кривая оседания эритроцитов до 25-го дня болезни в течение некоторого времени стоит на одном уровне, то это заставляет предполагать возможность осложнения; последнее становится несомненным, если кривая, достигши определенной величины, внезапно начинает падать.

Г. Хаин.

192. *К вопросу о специфичности скарлатинозных стрептококков.* Л. Б. Де-Жорж (Проф. Мед., 1925, № 1) проверил серологические отношения между стрептококками различного происхождения, пользуясь для этой цели реакцией связывания компонента с иммунными кроличьими сыворотками. Исследования эти привели автора к предположению, что нет достаточных оснований для выделения скарлатинозных стрептококков в особую серологическую группу. В. С.

193. *Лечение брюшного тифа у детей вакциной Сагониа.* Тüdös (J. f. Kindkhd., 110, N. 1/2) применил такое лечение в 19 случаях брюшного тифа, поступивших в больницу между 6-м и 12-м днями болезни в тяжелом состоянии. Вакцина вводилась внутривенно, начиная с 0,5. Спустя 48 или 72 ч. производилась вторичная инъекция (1,0). Через 1 час после инъекции т° поднималась в течение 3—4 ч., а затем спустя 5—6 ч. опускалась и оставалась нормальной. Были случаи выздоровления после первой же инъекции. Явления холангита ни разу не наблюдались. Техника приготовления вакцины: несколько штаммов брюшного тифа засевают на агаре и смывают физиологическим раствором; в густой эмульсии прибавляют сыворотку реконвалесцента, имеющую высокий агглютинирующий титр, и ставят все в термостат; спустя 36 ч. прибавляют сыворотку другого реконвалесцента и снова ставят культуру в термостат на 36 ч., а затем прибавляются 0,5% фенола и в течение 3 последующих дней нагревают вакцину по 1 часу ежедневно при т° 55°.

Левинсон.

194. *Этиологическая связь между ветряной оспой и herpes zoster.* Кундратитц (Zeit. f. Kind., Bd. 39) прививал в кожу 28 детям в возрасте от 5—6 мес. до 5 л. прозрачное содержимое пузырьков herpes zoster. Спустя 9—12 дней он получал у детей, не болевших ветряной оспой, типичные для нее высыпания с легким повышением т°. При гистологическом исследовании эфлоресценций в них были обнаружены тельца, характерные для высыпаний при ветряной оспе. У детей, болевших ветряной оспой, прививка давала отрицательный результат. Автор на ряде случаев убедился, затем, что перенесение herpes zoster делает организм иммунным к ветряной оспе. Ему удавалось также введением сыворотки реконвалесцента после herpes zoster защитить детей от заболевания ветряной оспой в доме, где было несколько случаев ее.

М. Левинсон.

#### л) Желтопатология.

195. *Влияние ионов кальция на возбудимость вегетативной нервной системы.* S. Weiss и Z. Bohovics (Zeit. f. d. g. exp. Med., Bd. 46, N. 5/6), в противоположность Күлiнү и др., после внутривенных вливаний кальция у человека нашли понижение чувствительности вегетативной нервной системы к адреналину. Сопоставляя этот факт с тем, что кальций повышает концентрацию Н-новоз

крови, а также с тем, что понижение концентрации Н-ионов вызывает повышение чувствительности вегетативной нервной системы к адреналину, авторы полагают, что кальций действует на вегетативную нервную систему косвенным образом, изменяя Рн крови.

Л. Рахлин.

196. *О происхождении грудной жабы.* Проф. Leigiche (Пр. Вр., 1925, № 11) приводит некоторые свои наблюдения, бросающие свет на темный еще вопрос о происхождении грудной жабы. Наблюдения эти показывают, что в цепи узлов шейно-грудного sympathicus имеется точка (g. stellatum), раздражение которой вызывает синдром, напоминающий приступ грудной жабы, и другая точка (нижний шейный узел), блокада которой анестетическим веществом оставляет начавшийся уже синдром.

В. С.

197. *Лечение первого сифилиса висмутом.* С. Н. Шаравский (Совр. Психоневр., 1925, № 8) провел такое лечение в 19 случаях первого сифилиса, среди которых было 4 сл. спинной сухотки (3 из них с атрофией зрительных нервов), 1 сл. прогрессивного паралича, 4 сл. базального менингита, 6 сл. сифилиса мозга (2 из них с эпилепсией), 2 сл. спинномозгового сифилиса и 2—сифилитического менинго-миелита. Большинство больных получало mesurol по 1,0 по 2 раза в неделю, в общем от 7,0 до 15,0; некоторым назначались spirobismol и bijoschinol. На основании своих наблюдений над полученными результатами автор пришел к заключению, что, являясь ценным приобретением в терапии neuroluet'a, висмут проявляет наибольший эффект при острых формах сифилиса головного и спинного мозга, причем наиболее рациональным оказывается его сочетание с салъварсаном. По интенсивности действие висмута превосходит действие ртути и проявляется весьма быстро. Особенно уместны его препараты в случаях, рефрактерных по отношению к ртути, а также в случаях, где последние не переносятся, в частности— при табетической атрофии зрительных нервов. Побочные действия висмута слабее типовых же ртути. Для контроля достаточно исследования мочи на белок.

В. С.

198. *Эндоломбальная терапия невросифилиса.* Изучив эффект введения неосалъварсана в спинномозговой канал в целом ряде случаев сифилиса нервной системы, проф. М. С. Маргулис и д-р Д. А. Шамбуров (Рус. Клин., 1925, № 20) нашли, что такое лечение является показанным там, где требуется быстрое и энергичное воздействие на специфический, главным образом менингеальный, процесс. В смысле результатов наиболее благоприятными оказываются здесь начальные стадии как ранних, так и поздних форм невросифилиса; в других стадиях эндоломбальная терапия показана в случаях с патологически измененною спинномозговой жидкостью. Авторы особенно подчеркивают действительность ее при специфических поражениях зрительного нерва (неврит, атрофия). Будучи своевременно и правильно применена, терапия эта может служить могучим предохранительным средством в смысле предупреждения рецидивов ранних и наступления поздних форм neuroluet'a. Авторы отмечают, наконец, что, при тщательной дозировке и правильном применении, впрыскивания неосалъварсана в спинномозговой канал являются совершенно безопасными.

В. Сергеев.

199. *Распознавание прогрессивного паралича.* Как известно, Sratz для досмертного распознавания этой болезни предложил пользоваться наличием в интраадвентициальных пространствах мозговой коры железосодержащего пигмента. Технически это наличие определяется таким образом: вырезав кусочек нефиксированного мозга из области convexitatis, промывают его в физиологическом растворе или простой воде, погружают на  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  ч. в насыщенный раствор сернистого аммония и затем рассматривают простым глазом или под лупой. От пребывания в указанном растворе кусочки мозга приобретают диффузную серовато-зеленую окраску, в мозгу же паралитиков замечаются, кроме того, на разрезах коры отдельные точки и узкие полоски черного цвета, замечаемые простым глазом или лупой. Проверив этот способ в 12 сл. прогрессивного паралича и в 22 сл. др. заболеваний, В. С. Хоминский (Совр. Психон., 1926, № 1) нашел, что метод Sratz'a по быстроте и легкости технического выполнения является чрезвычайно ценным в практическом отношении.

В. С.

### ж) Болезни носа.

200. *Диагностическое значение измерения  $t^0$  в носу.* И. М. Круконер (Вести. Рино-лар.-от., 1925, № 1) предлагает пользоваться измерением  $t^0$  в носу (под нижней носовой раковиной) для диагностики заболеваний придаточных