

гольный раствор кристалвиолета (жидкость № 3). Наконец, готовят алкогольный 10% раствор азура II. В дальнейшем к 10 см³ жидкости № 1 добавляют 5 см³ жидкости № 2, тщательно их смешивая. 1 см³ жидкости № 3 смешивают с равным количеством жидкости № 4 и 1 см³ этой смеси добавляют к смеси, изготавливаемой из жидкости № 1 и № 2. Пурпурно-голубая жидкость, получаемая в конечном итоге, и есть исходный готовый антиген пригодный к употреблению. Дальнейшее изготовление и разведение раствором соли, смещение капли крови и антигена на стекле и исследование результатов реакции под микроскопом. Положительная реакция характеризуется окраской массы жидкости в красивый пурпурно-голубой цвет. Если реакция отрицательная, то этих изменений не наблюдается, и кровяные шарики можно вполне ясно различить. В статье приведен ряд подробностей, касающихся методики разведения крови и антигена, чтения реакции, сохранения антигена в холодное и теплое время года. Изучение реакции Вассермана и только что описанной реакции на 162 больных дало вполне благоприятные результаты: ни в одном случае не наблюдалось такого явления, чтобы при отрицательной реакции Вассермана реакция автора дала бы положительный результат. А. Д.

Sezary et A. Dugung. Спинно-мозговая жидкость у сифилитиков, подвергшихся раннему и комбинированному салварсано-висмутотому лечению (Bull. de la Soc. Française de Dermatologie et Syph. № 5, 1937 г.). Исследование спинномозговой жидкости у сифилитиков в раннем периоде болезни имеет большое практическое значение. Авторы обнаружили патологическое изменение спинно-мозговой жидкости у $\frac{2}{3}$ больных в ранних стадиях болезни. Таким больным угрожает осложнение со стороны нервной системы. У 52 больных, подвергшихся раннему лечению по методике авторов, патологическая спинно-мозговая жидкость пришла в норму. Лечение было такое: 1-й курс — инъекции новоарсенобензола в дозах 0,15 до 0,75—0,9. На курс для человека весом 60 кг 6,5—7,0, на этот же курс больной получает 18 инъекций масляной взвеси висмута. После курса отдых 1 м., затем следует курс из одних инъекций новоарсенобензола, месяц отдыха, затем 15 инъекций висмута. Такое лечение авторы называют „атакующим“. Исследование спинномозговой жидкости производится через 1 месяц после курса. У всех 52 больных после атакующего лечения спинно-мозговая жидкость стала нормальной. Все они подвергались в течение 3 лет ртутному и висмутотому лечению. М. Вексель.

I. Franke. Бледные спирохеты в неизменной коже у лиц, пораженных сифилисом (Annale de Derm. et de Vénérologie № 11, 1936 г.). Автор искал бледную спирохету в видимо здоровой коже 10 больных сифилисом и в коже 10 здоровых. Техника: кожа вытиралась спиртом, целость эпидермиса нарушалась путем трения наждачной бумагой или путем образования пузырей при помощи кантаридинового пластыря. В коже здоровых людей бледная трепонема ни разу не была обнаружена. У сифилитиков результаты получены следующие: при серопозитивном первичном сифилисе положительные результаты в 30% случаев (всего 10 больных, спирохета у 3), при серонегативном первичном сифилисе спирохета обнаружена в 10% (больных исследовано 12), при вторичном сифилисе с проявлениями положительный результат в 47% (больных 15), при латентном серонегативном сифилисе положительный результат — в 33% (больных 6), при серопозитивном латентном сифилисе результат отрицательный (11 больных). После однократного введения новарсенобензола (0,4) этим же больным спирохеты не были обнаружены там, где они раньше были.

Выводы автора: 1) наличие бледных спирохет в коже еще недостаточно для провоцирования болезненных симптомов, для этого нужна реактивная активность организма; 2) лица, имеющие явные проявления сифилиса, способны вызвать заражение путем контакта поверхности их видимо здоровой кожи по мимическим половым сношениям. М. Вексель.

М. J. Daënow. О влиянии витамина С на токсичность и активность новарсенобензола (Bull. de la S. de Derm. et Syph. № 7—1937, стр. 1801). Durel доказал, что витамин С, прибавленный к новарсенобензолу, уменьшает его терапевтическую активность у мышей, зараженных трипанозомой Brucei; это уменьшение зависит от дозировки витамина С. На клиническом материале у людей а. не мог подтвердить наблюдения Durel'я о влиянии аскорбиновой кислоты на уменьшение терапевтического эффекта новарсенозола. А. наблюдал 6 больных с сифилитическим шанкром в серонегативном периоде. Они лечились арсенобензолом вместе с 0,05 г витамина С на каждую инъекцию. После одного курса

специфической терапии 5 больных не имели серологических и клинических признаков сифилиса. Разница между экспериментальными и клиническими наблюдениями объясняется тем, что в клинике и в эксперименте употреблялись различные количества аскорбиновой кислоты. Достаточно прибавить к сальварсану витамин С в количестве в 10 раз меньшем, чем у мышей, чтобы человек, до этого плохо переносивший сальварсан, стал в дальнейшем переносить его хорошо. На основании своего небольшого опыта автор приходит к заключению, что терапевтический результат при прибавлении аскорбиновой кислоты тот же, что и при обычном лечении. Аскорбиновая кислота уменьшает токсичность сальварсана. Витамин С, прибавленный к сальварсану в дозе $\frac{1}{10}$ его веса, вызывает хорошую переносимость сальварсана. М. Вексель.

в) Иммунология.

Theorell, H. и Norlin, G. *Изучение очищенного дифтерийного антигена.* (Ztschr. f. Immunitätsf., Bd. 91, H. 1 (August), 1937). Авторы использовали для очистки препарата метод катафореза по Теореллю и обнаружили, что флокулирующая часть дифтерийного антигена представляет собой чистый белок. Параллельное изучение иммунизирующих свойств этого антигена и необработанного токсина и анатоксина показало его способность вызывать образование анитоксина. При этом оказалось, что, применяя очищенный препарат, можно вводить животному значительно большее количество антигена, чем при использовании неочищенного анатоксина, и кроме того, иммунизирующее действие каждой очищенной флокулирующей единицы значительно выше. П. Р.

Weichsel M. и Salfeld K. *Прохождение дифтерийного антитоксина в мозг.* (The Journal of Infectious Diseases, vol. 61, № 1 (July-August 1937). В то время как распределение дифтерийного антитоксина в органах и крови давно уже является предметом изучения, случаи прохождения этого антитоксина в центральную нервную систему обследованы недостаточно. Как известно, антитела проникают в спинно-мозговую жидкость только при патологических изменениях, когда имеют место нарушения гематоэнцефалического барьера. Однако ряд литературных данных свидетельствует о том, что нельзя считать барьер этот абсолютно непроницаемым и возможно, что в известных условиях в мозгу удастся обнаружить некоторые антитела, в том числе и дифтерийный антитоксин.

Для подтверждения своего положения, а. определял содержание этого антитоксина в ткани мозга морских свинок во время активного и пассивного иммунитета их. Оказалось, что после активной иммунизации этих животных дифтерийным токсидом, удастся обнаружить некоторое количество соответствующего антитоксина не только в периферической крови, но и в отмытой ткани мозга. При этом наблюдавшиеся значительные колебания количества антитоксина, обнаруживаемого в мозгу, зависят от способа иммунизации. Некоторое количество дифтерийного антитоксина в отмытом мозгу морских свинок имеется и после пассивной иммунизации их гетерогенным дифтерийным антитоксином. В этих условиях максимальное количество антител обнаруживается между 4—7 днями после иммунизации. П. Р.

Andersen, O. *О врожденном иммунитете к оспенной вакцине. Изучение роли антител, нейтрализующих вирус* (Ztschr. f. Immunitätsforschung, Bd. 91, H. 8/6 (August), 1937). Еще Дженнер полагал, что дети вакцинированных матерей в некоторой степени иммунны к вакцине. Изучение этого вопроса в дальнейшем вызвало значительные разногласия у исследователей. Автор излагает литературу вопроса, которая в общем приводит к следующим положениям:

1. Только небольшая часть новорожденных оказывается невосприимчивой к вакцинации; 2) лишь иногда у новорожденных от иммунных матерей удастся обнаружить наличие антител, нейтрализующих вирус и 3) для получения реакции при прививке у новорожденных требуется применение более сильной вакцины, чем у детей старшего возраста.

Что касается механизма этого относительного врожденного иммунитета, то Беклер, Шамбон, Менард и Куломб считают, что у большинства детей наличие антител, нейтрализующих вирус, не препятствует получению реакции при прививке оспы.

А. изучал этот вопрос экспериментально и уже раньше показал, что у кроликов введенные при пассивной иммунизации нейтрализующие антитела остаются в организме до трех месяцев. Отсюда им был сделан вывод, что антитела