

Автор, используя соответствующие иммунные сыворотки, показал, что сливы их, полученные после адсорбции, могут применяться для определения групп крови даже без добавления каких-либо консервирующих веществ по крайней мере в течение 6 месяцев. Некоторые сливы остаются деятельными даже в продолжение 2 лет. Не менее активными являются высушенные сливы адсорбированных иммунных сывороток. Бактериальные загрязнения не понижают диагностической ценности этих сливок.

П. Р.

Hundeshagen, K. *Получение лихорадки у лабораторных животных и некоторые замечания о лечении людей лихорадкой* (Ztschr. f. Immunitätsf., Bd. 90, 1937). Возможность искусственно вызвать повышение температуры использована не только в клинике, но и в опытах на животных, где особым вниманием пользуется препарат „пирифер“, который, по данным Гоффа, является „превосходно дозируемым и очень деятельным бактериальным препаратом“.

Автор показал, что как у кроликов и морских свинок, так и у крыс и мышей этот препарат при внутривенном введении и при втирании в скарифицированную кожу безвреден даже при применении очень больших доз (до нескольких тысяч единиц). Повышение температуры у этих животных под влиянием пирифера имеет место примерно через 3—4 часа и сопровождается изменением картины крови вначале в сторону нейтрофилии, а через 2 дня—лимфоцитоза.

На основании своих экспериментальных данных и ряда уже имеющих клинических наблюдений, автор считает необходимым изучить действие пирифера при терапии человека, где он может оказать значительные услуги особенно в тех случаях, когда противопоказаны внутривенные введения и вместе с тем необходимо добиться значительного повышения температуры в течение длительного периода.

П. Р.

б) Эндокринология.

Graef, Bunin и Rotlino. *Саркома коры надпочечника с гирзутизмом, гипертензией и ожирением*. (Arch. int. med., № 6, 1936). Случай наблюдался у девушки 19 лет. На аутопсии обнаружена огромная опухоль правого надпочечника, отодвинувшая почку и сдавливавшая нижнюю полую вену; опухоль распространялась и на правую долю печени. Патолого-анатомический диагноз—саркома коры надпочечника. Кроме того обнаружена маленькая аденома передней доли гипофиза.

Е. Ауслендер.

Hoskins и Freedman. *Изменение веса после применения глицериновых вытяжек коры надпочечника*. (Endocrinology, № 6, 1936). Глицериновая вытяжка из коры надпочечника применялась (через рот) в течение 3 недель у 17 больных шизофренией и у 17 здоровых людей. В то время как у здоровых людей не наблюдалось никакого изменения в весе, у всех без исключения больных шизофренией наблюдалось увеличение веса не менее, чем на 3 килограмма.

Е. Ауслендер.

Landau и Steffen. *Опухоль надпочечника с тяжелой пароксизмальной гипертензией*. (Rev. Belge sc. méd., № 5, 1936). Авторы сообщают о случае, где имелась опухоль типа параганглия с пароксизмальной гипертензией у сифилитика с резко положительной реакцией Бордэ-Вассермана.

Всего собрано авторами в мировой литературе 18 подобных случаев. Диагностику заболевания очень трудно; в клинической картине следует обратить внимание на следующие симптомы: 1) отсутствие реакции зрачков—симптом, до сих пор еще не отмеченный; 2) очень сильный болевой синдром в области эпигастрия (с отрыжками, рвотой и слюноотечением), сопровождающий приступы, 3) неравномерное расширение сосудов и усиленное выпотевание на различных участках кожи и 4) нарушение регуляции углеводного обмена во время и между приступами.

Е. Ауслендер.

Elson, Wood и Raudin. *Гиперпаратиреоидизм и почечная недостаточность*. (Amer. Journ. med. sc., № 9, 1936). Автор приводит наблюдения над больным с хроническим поражением почки и с типичной клинической картиной гиперпаратиреоидизма. Диффузная кальцификация почечной паренхимы, выявленная рентгеном, является по всей вероятности, вторичной, при первичном нарушении минерального обмена.

Удаление аденомы парашитовидной железы дало полное излечение от явления гиперпаратиреоидизма, но не оказало никакого влияния на поражение почек.

Е. Ауслендер.

Parturier. Печеночно-паращитовидный синдром. (Rev. Fr. d'Endocrin, № 1, 1937). Автор полагает, что если имеется конституциональная недостаточность печени, то в противовес этому появляется гиперплазия парашитовидных желез. Эта гиперфункция эпиталиальных телец ведет к гиперкальцемии. Избыточный кальций, выделяясь через почки, кишечник, печень, образует в этих органах кальциевые камни. Кишечный литиаз особого значения не имеет, т. к. камни легко эвакуируются. Почечный литиаз обнаруживается, как только скопление песка или камень дает синдром закупорки.

Печеночный литиаз остается, обычно, длительный период латентным. Камень, находящийся большей частью в пузыре, ничем себя не проявляет, пока нет спазма пузыря. В действительности, после периода гиперфункции парашитовидных желез, наступает период гипофункции, обладающий спазмогенной способностью, т. е., иначе говоря, ведущий к печеночной колике. *Е. Ауслендер.*

Siebesk. Тиреотоксикозы и Базедова болезнь. (Dtsch. med. Wschr., № 1, 1937). В картине тиреотоксикозов на первом плане стоит дисфункция щитовидной железы; при этом следует иметь в виду, что последняя находится под влиянием центральной нервной системы и гормональных центров (напр., гипофиза), изменения которых оказывают влияние на течение и тяжесть заболевания. С тиреотоксикозами не должна смешиваться классическая картина Базедовой болезни. Тяжесть и прогноз тиреотоксикозов должны расцениваться в зависимости от общего состояния больных; основной обмен, частота пульса и т. д. не могут являться показателями в этом отношении. Лечение прежде всего должно состоять в создании больному спокойной обстановки и в тщательном уходе; из медикаментов наилучшее действие оказывает люминал. Подобное предварительное лечение имеет очень важное значение для получения результатов от последующих мероприятий. Во многих случаях помогает лечение иодом, но результаты его большей частью непостоянны; оно весьма полезно в качестве предварительного лечения перед операцией и при лечении наперстянкой. Амбулаторное лечение иодом бесполезно и опасно. При some basedowicum хороший эффект даст назначение больших доз иода (3 раза в день по 0,5 иоди-стого калия). Тяжелые случаи и случаи средней тяжести после успешного предварительного лечения должны оперироваться; противопоказаниями являются изменения со стороны органов кровообращения и не поддающееся лечению психическое возбуждение. Результаты рентгено- и радиотерапии непостоянны и нередко уступают длительным результатам оперативного лечения.

В. Иванов.

в) Внутренние болезни.

Spreber. Инсулин в терапии пептической язвы. (Rev. gastroenterol. New-York V. 3, 1936). Автор применил инсулин для лечения пептической язвы у 20 пациентов, которые не поддавались диететическому режиму. В более легких случаях удалось устранить все симптомы, и рецидивы не наблюдались. Больных отпустили как клинически вылечившихся, хотя на рентгенограммах имелась деформация головки двенадцатиперстной кишки. В случаях повторного заболевания тоже получилось значительное улучшение. За одним пациентом, который выписался из клиники как излеченный, удалось установить наблюдение в течение 20 недель. Рецидива в течение всего этого времени не было, только в самое последнее время стал несколько падать аппетит. Один пациент со злокачественной язвой желудка стал обнаруживать под влиянием инсулина улучшение аппетита и подъем общего состояния, однако развившийся постепенно стеноз привратника свел на нет эти хорошие результаты. Больные с застарелыми осложненными язвами во многих случаях избежали при помощи инсулина тяжелой операции и восстановили свою трудоспособность. *В. Дембская.*

Rutenbeck. Новое в лечении эссенциальной гипертензии. (Kl. Wschr. V. 15. 26/III 1936). В качестве нового метода лечения эссенциальной гипертензии автор описывает краниocereбральный электрофорез, следствием которого является рефлекторная гиперемия мозга. В качестве активного медикамента он употреблял дериваты холина, силу тока доводил до 1,5 миллиампер. Каждый сеанс продолжался по часу и повторялся ежедневно или через день. Автор