

сохраняют лишь свою жизне-деятельность, но не способность к быстрому размножению. В таком виде они могут длительно существовать, пока какие-либо моменты, ослабляющие организм (побочные заболевания, охлаждение тела и т. п.) не нарушат создавшееся равновесие, и плазмодии получат возможность беспрепятственного размножения. Новые приступы начинаются обычно сразу, без начальной лихорадки неправильного типа. Но, если вышеназванные моменты отсутствуют, эти устойчивые особи могут в конце концов спонтанно погибнуть, и тем самым наступает полное выздоровление.

Однако, бывают и другие случаи, когда антители нацело уничтожают все плазмодии, устойчивые расы не вырабатываются, и организм нацело освобождается от малярийной инфекции, пережив лишь начальную лихорадку неправильного типа.

Н. Каган.

А. Trawinsky и S. Maternorowska. *О реакции преципитации при трихинозе.* (Cbl. für Bakter. Orig. 1934. 131. 1/2). Для получения преципитирующих сывороток кроликов заражали per os трихинами. Обычная употреблявшаяся доза — от 250 до 1000 трихин в один или несколько приемов. Обескровливание кроликов производилось в различные сроки, начиная с 3-го и кончая 26-м, а в одной серии опытов даже 50-м днем. Одновременно производилось обследование обескровленных кроликов с целью обнаружения, наступила ли в результате заражения инвазия трихинами. В опыт пускались сыворотки только тех кроликов, в органах или кишечнике которых были обнаружены трихины. Антиген готовился след. образом: мышцы кроликов, зараженных трихинами, измельчались, после чего к ним добавляли физиологический раствор с добавлением 0,4% раствора пепсина и 0,25% соляной кислоты. После перегревания в термостате при 42°С в течение 3 часов (молодые, не одетые капсулами трихины переходят при этом в жидкость) непереваренные комочки отжимали и выбрасывали, а жидкость фильтровали через марлю и центрифугировали. Осадок, содержащий трихины, промывали 5—6 раз физиологическим раствором для удаления остатков пепсина и соляной кислоты и высушивали в термостате или в эксикаторе. Высушенные т. обр. трихины подсугались затем растиранию в ступке, после чего к полученной массе добавляли стерильный физиологический раствор (1:500 или 1:100). После стояния антигена в течение 10 дней на холоду его фильтровали через азбест. Употребляли свежеприготовленный антиген. В качестве контроля пользовались антигенами из аскарид или эхинококков, а также нормальными кроличьими сыворотками. Р. преципитации ставилась путем наслаивания сыворотки на антиген. Результаты реакции учитывались после стояния в термостате в течение 5, 10, 15, 30, 45 и 60 минут. Положительную р. преципитации с трихинозными антигенами давали сыворотки кроликов, обескровленных не ранее 7—8 дня с момента заражения. Начиная с этого времени почти все сыворотки без исключения давали положительную р. преципитации с трихинозным антигеном. Антигены из аскарид и эхинококков, а также нормальные кроличьи сыворотки давали отрицательную реакцию преципитации.

Положительную р. преципитации с антигенами из аскарид и эхинококков давали в некоторых случаях сыворотки тех кроликов, у которых помимо трихинозной имелась также естественная инвазия каким-либо другим паразитом *Cysticercus pisiformis*, *Oxyurisambigua*).

Н. Каган.

J. V. Murphy и E. Sturm. *Фактор в нормальных тканях, задерживающий рост опухоли.* (Journ. Exper. Med. 1934. 60. 3). А. а. работали с двумя штаммами мышинного рака и одним штаммом саркомы. Наличие задерживающего фактора было обнаружено в ткани эмбриональной и плацентарной. Ткань, подвергавшаяся изучению, измельчалась и высушивалась в эксикаторе, после чего из нее готовили экстракт на воде. Кусочки опухоли перед заражением свежих животных выдерживались в течение непродолжительного времени в экстракте. Подобного кратковременного контакта оказалось достаточно, чтобы совсем задержать рост опухоли или значительно его замедлить. Подобное задерживающее влияние не отличалось видовой специфичностью, т. к. им обладала не только эмбриональная и плацентарная ткань мыши, но и других животных. Задерживающий фактор распространял свое влияние только на раковую опухоль, но не на саркоматозную. Свежая, не высушенная ткань не обладала задерживающим фактором. Однако, выяснилось, что плацента не всегда содер-

жит задерживающий фактор: так, в начальных стадиях беременности он отсутствует, затем появляется (во второй трети), достигает наивысшего содержания в последней трети, с тем, чтобы перед концом беременности снова исчезнуть.

А. а. считают, что задерживающий рост опухоли фактор присутствует и в свежей ткани, но здесь он замаскирован благодаря противоположному действию фактора, стимулирующего рост. Под влиянием высушивания последний устраняется.

То обстоятельство, что описываемый фактор удается обнаружить лишь в высушенной ткани, говорит против его ферментативной природы. *Н. Казан.*

Schiff и Hien. *Серологическое обследование Берлинского населения.* (Klin. Wochenschr. N 10, 1931 г.). В течение 11 лет исследовалось 30.000 проб крови стационарных больных. Распределение по группам дает следующий результат: Группа O—31,6%, группа A—42,2%, группа B—14,7%, группа AB—6,5%.

В отношении пола разницы в группах нет. За указанный период времени процент. соотношение групп существенно не изменилось. *Т. Шарбе.*

в) Эндокринология.

Вирилизм и его причины. Ланжерон и Данэ (Journal de Gynecologie et d'Obstetrique, ноябрь 1933 г.) приводят историю болезни совершенно нормальной женщины 31 года, имевшей 2-х детей, у которой без всякой видимой причины развились в течение 6 месяцев явления вирилизма-гирсутизма: (борода, усы, оволосение всего тела), аменорея, изменение черт лица и характера, потеря в весе, ослабление мышечной силы. Внутренние органы без изменений, кровяное давление $140/95$. Повышен основной обмен (+ 21%). Самое тщательное исследование не обнаружило опухоли надпочечника или яичников, однако развитие болезни дает возможность предполагать злокачественное новообразование.

Больная лечилась полигландулярными препаратами, стрихнином и рентгенизацией надпочечников; в результате — улучшение общего состояния без влияния на симптомы вирилизма-гирсутизма. Авторы обращают внимание на то, что хотя клинически этот синдром хорошо всем знаком, этиология и патогенез до сих пор неизвестен, при чем и патолого-анатомически при этом заболевании наряду с опухольми надпочечниковыми встречаются заболевания яичников, гипофиза и щитовидной железы. Все же самой частой причиной являются заболевания надпочечников — злокачественная опухоль, аденома и просто гиперплазия их. Это заболевание чаще поражает женщин. В зависимости от того, в какой стадии развития появляется опухоль, получается тот или иной симптомокомплекс, но всегда связанный с половой сферой.

Если опухоль развивается у зародыша, то получается псевдогермафродитизм (у авторов 13 случаев), клинически эти случаи типичны: внутренние половые органы женские, наружные — мужские, так же, как и вторичные половые признаки. Патолого-анатомически оба надпочечника поражены большей частью доброкачественной аденомой, Интерес этого заключ. в том, что можно поставить вопрос о кортико-надпочечниковом гормоне, регулирующем развитие гениталий.

У молодых женщин надпочечниковый вирилизм совершенно типичен — аменорея, ожирение, гирсутизм (появление усов, бороды, волосатости всего тела), общий вид приближается к мужскому, голос грубеет, кожа теряет нежность и мягкость, черты лица делаются резче, характер меняется, вначале болезни увеличивается мышечная сила. Изменений в сексуальном влечении не наблюдается, б. ч. исчезает с всем половое чувство, основной обмен и кровяное давление в тех случаях, где были произведены соответствующие обследования, давали преимущественно высокие цифры. Чаще всего только через год после появления первых признаков заболевания является возможность пальпацией определить опухоль, исходящую из почки. В этот период появляются иногда боли в пояснице, иррадиирующие в нижние конечности. Для более раннего определения опухоли следует обратиться к рентгену и пизмографии (инструментальной или внутривенной). Гиперастения начала заболевания переходит в астению, ожирение сменяется похуданием, ведущим к истощению, кахексии и, наконец, к смерти.