

105. *Повышенное кровяное давление и запоры.* Alvarez, Colla и Zimmerman (Arch. of int. med., 1926; по реф. в Нов. Фр. Мед., 1926, № 11—12) оспаривают общераспространенное мнение, что запоры, в силу вызываемой ими аутоинтоксикации, являются одною из причин повышенного кровяного давления. Многочисленные измерения кровяного давления у лиц обоего пола и различного возраста, страдавших запорами, показали, что у мужчин запоры не оказывают ни малейшего влияния на кровяное давление, у женщин же при этом наблюдается даже небольшое понижение последнего. *P.*

106. *К патогенезу пеллагры.* На основании как наблюдений на людях, так и экспериментальных данных Karczag (Wiener kl. Woch., 1926, № 50) приходит к выводу, что пеллагра,—болезнь, наблюдающаяся при питании маисом и относимая обычно к числу авитаминозов,—представляет собою хроническое заболевание хроматинной системы с периодическими колебаниями, причем в первую голову здесь принимают участие эндокринный железистый аппарат и вегетативная нервная система. *P.*

107. *Возбудитель затяжного септического эндокардита.* Исследовав бактериологически 21 случай бесспорного endocarditis lenta, Ф. И. Гейлиг (Клин. Мед., 1926, № 12) в 11 случаях выделил стрептококков,—в 9 сл. str. viridans и в 2—str. haemolyticus. Лучшими средами для обнаружения str. viridans в крови автор считает белковые и, в частности, бульон с прибавлением 10% лошадиной сыворотки, причем засев этих сред лучше производить по Freund'y и Berg'e'y, освобожденным от сыворотки сгустком крови. *P.*

б) Малярия.

108. *Культуры малярийных плазмодиев.* В. В. Яковлев (Ленигр. Мед. Ж., 1926, № 10) пытался получить эти культуры по методу Bass'a и John's'a, а именно, после приступа брал шприцем Resord'a 10 к. с. крови из v. mediana, быстро переносил ее в градуированную пробирку, на дне которой находилась 0,1 50% декстрозы, и дефибрировал путем помешивания стеклянной палочкой. После дефибрирования палочка со сгустком удалялась, пробирка закрывалась новой стерильной ватной пробкой и ставилась в термостат при 40°—41° C. Для дальнейшего исследования автор пользовался эритроцитами из верхнего слоя осадка, находившегося под столбиком сыворотки,—эритроциты эти осторожно набирались Pasteur'овской пробиркой, и из них изготовлялись мазки на предметных стеклах. Этим путем автор пытался культивировать плазмодии m. tertianaе и m. tropicae, причем после приступа в красных кровяных тельцах находились лишь молодые шизонты, дальнейшее развитие которых до полного созревания и образования меруляций прослеживалось уже в культурах, причем мазки из последних автор приготавливал каждые 2—5 часов. Указанные попытки нельзя назвать вполне удачными,—в большинстве случаев этим путем можно было проследить лишь первые стадии развития плазмодиев. *P.*

109. *Плазмохин, новое средство против малярии.* На 89 Съезде Германских Естествоиспытателей и Врачей, происходившем в сентябре 1926 г. в Дюссельдорфе, проф. Mühlens сообщил (Die Naturwissenschaften, 1926, № 48—49) о результатах лечения малярии синтетически полученным производным хинолина, плазмохинном. Последний давался внутрь дозами в 0,02—0,05 в количестве 0,1—0,15 р. die. Лечение проводилось в первые 5—7 дней ежедневно, затем несколько раз с перерывами в 4—5 дней по 3 дня подряд, в общем же в продолжение 4—6 недель. Паразиты малярии, за исключением молодых форм тропической малярии, исчезали из крови в первые же дни лечения; при этом пропадали также полуплунные формы паразита тропической малярии, чем действие плазмохина выгодно отличается от действия хинина. Но количество рецидивов было в первое время довольно значительно: 23 рецидива на 39 случаев, несмотря на сравнительно краткий срок наблюдения больных. Когда же стали применять плазмохин вместе с хинином, количество рецидивов опустилось почти до нуля. Поэтому изготовившая плазмохин фабрика в Эльберфельде теперь выпускает под названием «plasmochin compositum» пилюли, содержащие на 0,01 плазмохина и 0,125 chin. sulfur; взрослому дают 3 раза в день по 2 таких пилюли. После первых наблюдений в Гамбургском Институте Тропических Болезней плазмохин был испытан на большом числе больных на Балканах, в Италии и Испании с такими же результатами. Дети принимают плазмохин легко, так как он безвкусен, и переносят его в сравни-

тельно больших дозах, напр., до 0,06 p. die в возрасте 3 лет и до 0,1—в 10 лет. У некоторых больных, особенно у невропатических субъектов, наблюдается во время лечения цианоз; докладчик объясняет его действием плазмохина на сосуды и считает это только косметическим недостатком лечения. Плазмохин был применен с успехом и для профилактики малярии (два дня в неделю по 0,09 p. die), а также в единичных случаях пароксизмальной гемоглобинурии и при идиосинкразии к хинину. Наиболее ценным качеством его, повидимому, является его действие на гаметы тропической формы паразита, на которые другие до сих пор известные противомалярийные средства такого действия не оказывают.

Е. Л.

110. *Лечение малярии у беременных хинином.* Чтобы опровергнуть существующее среди врачей мнение, что хининная терапия малярии при беременности угрожает сохранению этой последней, Cantón Eliseo (Ber. d. g. Gyn., Bd. XI) опытами на беременных кроличихах показал, что введение 2—4 сантигр. chinini muriatci pro kilo не вызывает аборта. Клинические наблюдения автора показали, что у нелеченных маляричек с легкими формами заболевания аборт наблюдался в 9,7%, преждевременные роды—в 33%, мертворождения—в 50%; при тяжелых формах малярии аборт имели место в 12,5%, преждевременные роды—в 35—50%, мертворождения—в 40—60%, тогда как у леченных хинином аборт и преждевременных родов не наблюдалось. При хронической малярии у нелеченных больных аборт имели место в 16%, преждевременные роды—в 47% и мертворождения—в 50—100%, а у лечившихся хинином—аборт в 1,8%, преждевременные роды—в 21%, мертворождения—в 33%.

Тимофеев.

г) Хирургия.

111. *Аутоцитотерапия.* Как известно, Макай предложил для лечения холодных и горячих нарывов впрыскивать подкожно собственный гной больных—в количестве 0,25—5 куб. сант. при горячих нарывах и 10—20 куб. сант.—при холодных; впрыскивания повторяются каждый 5-й—7-й день, пока содержимое абсцесса не сделается серозно-кровянистым или бульоноподобным. Испробовав этот метод лечения в 25 случаях холодных и горячих абсцессов, Lutz (Deut. med. Woch., 1926, № 43) пришел к заключению, что, хотя данный метод, возможно, и имеет правильное теоретическое обоснование, но на практике он не оправдывает себя. Автор, правда, не видел от применения его каких-либо тяжелых осложнений, вроде пиэмии и сепсиса, но все же опыт с этим методом заставляет его примкнуть к старому правилу: «ubi pus, ibi evasua». В. С.

112. *К вопросу о внутривенных вливаниях при кровопотерях.* Н. Д. Перумов (Вестн. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23) считает, что вливание раствора гумми-арабика и капельный метод внутривенных вливаний физиологического раствора поваренной соли, приблизительно, равноценны и превосходят простое однократное вливание физиологического раствора. Практические затруднения при изготовлении растворов гумми, вероятно, заставят, однако, в клинике отдать предпочтение капельному методу вливания солевого раствора. Реинфузия собственной крови дала автору в 2 случаях результаты, превосходившие результаты всех остальных методов.

Н. Цимхес.

113. *Оперативное лечение свежих переломов.* Проф. В. Н. Парин (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 24) находит, что оперативное лечение свежих переломов, или остеосинтез, постепенно завоевывает все большее и большее применение в хирургии. Такое лечение является показанным а) при интерпозиции мягких частей, б) при переломах в области суставов, в) при отрывах костных участков, к которым прикрепляются важные в функциональном отношении мышцы или связки, при одновременном повреждении сосудов и нервов, г) в случаях, где другие способы лечения, после 10—14-дневного их применения, оказались несостоятельными, и правильная репозиция отломков не достигнута. Напротив, в детском возрасте, где обычные способы лечения в большинстве случаев дают благоприятные результаты, надо прибегать к оперативному лечению. Производить остеосинтез надо не раньше 6—10 или 10—14 дней, при строжайшем соблюдении правил асептики. При этом сначала производится репозиция отломков, затем они фиксируются тем или другим способом. Наилучшие результаты в настоящее время получаются от скрепления костных отломков пластижкой и винтами (сп. Lane'a и Lambotte'a). Р.

114. *О хирургическом лечении фиброзных полипов основания черепа.* Проф. Никольский (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23), основываясь на