

поколениям последних. Пересадив затем „алкогольных“ микробов на бульон, не содержащий алкоголя, и производя пересев каждые 2 суток, автор за 436 дней не получил полного возврата к исходным штаммам. В. С.

455. *К проблеме иммунитета.* Проф. В. М. Здравосмыслов (Микроб. Журн., 1926, вып. 1—2) при своих опытах убедился, что не только бактерии, но и вещества, повидимому, нейтрального свойства (вроде кармина), какими-бы путями они не были введены в организм, направляются главным образом в кишечник. Автор думает, что и антитела, как таковые, представляют собою результат ферментативных процессов, разыгрывающихся главным образом в кишечнике. С этой точки зрения легко объясняются результаты предложенных за последнее время различными авторами способов иммунизации per os (Безредка, Calmette, Guérin и пр.). В. С.

456. *Стафилококки и метиленовая синька.* Уже ранее некоторые авторы (Lougos, Fuss и др.) указывали, что существует известный параллелизм между вирулентностью микробов,—в частности стрептококков, стафилококков, *b. coli* и пр.,—и способностью их редуцировать метиленовую синьку в жидких средах. Чтобы проверить это, Lesbrie и Jautsion (C. r. de la Soc. de Biol., 1926, № 9) приготавливали растворы Löffler'говской синьки в пептонной воде и бульоне, в концентрации 1:30 для стафилококков, 1:40 для *b. paratyphi*, 1:60 для дизентерийных палочек и 1:250 для стрептококков, засеивали их и следили за быстротой и степенью обесцвечивания. При этом они могли действительно установить для стафилококков параллелизм между их вирулентностью и восстанавливающей способностью. В. С.

457. *Роль кожи при заражении бешенством.* Д-р К. Халяпин (Тр. Азерб. Инст. Микр., вып. 2—3) экспериментальным путем убедился, что у морских свинок кожа является органом, весьма чувствительным к вирусу бешенства,—инфекция свинок бешенством через кожу удается очень легко, что автор ставит в связь с анатомическими ее особенностями (богатая нервная сеть). Если переносить данные этих опытов на человека, то и у него нужно более внимательно относиться к поверхностным, ограничивающимся лишь кожей, укусам бешеными животными. В. С.

458. *Лечение рожи по Безредка.* К. Т. Глухов (Микроб. Журн., 1926, вып. 1—2), применив лечение антивирусом Безредка в 129 случаях рожистого воспаления, пришел к следующим выводам: 1) Антивирус Б. (стрептококковый фильтрат), будучи применяем при рожистом воспалении в виде компрессов, мази, впрыскиваний в толщу кожи и обкалываний, безвреден. 2) Применяемый в указанных формах антивирус действует, повидимому, как специфический лечебный агент, особенно, если применять его не только на больной участок, но одновременно и на окружающую здоровую кожу. 3) В форме обкалывания (впрыскивания в кожу) антивирус более активен. 4) Лечение им уменьшает количество осложнений при роже, рецидивов последней и смертельных исходов, а также сокращает срок пребывания в больнице. 5) Антивирус в виде мази упрощает технику применения, являясь поэтому очень удобной лекарственной формой. 6) Он действует, как лечебный агент, и в случаях хронической рожи. 7) Антивирус оказывается менее активным при роже со стрептококками в крови. В. С.

459. *Одномоментная вакцинация против оспы и дифтерии.* Проф. Здродовский предложил, в сельской практике, производить одновременно с прививкой оспенной лимфы детям, и активную иммунизацию их против дифтерии дифтерийным анатоксином. По его предложению д-р Г. Амин-Заде (Тр. Азерб. Инст. Микроб., вып. 2—3) экспериментально проверил, на кроликах, не отражается ли прививка оспы на продукции иммунитета против дифтерии. Оказалось, что — нет. В. С.

460. *К этиологии детской холеры.* Проф. П. Здродовский и Е. Бренн (Тр. Азерб. Инст. Микроб., вып. 2—3), на основании своих наблюдений устанавливают важную роль *b. coli* в этиологии детской холеры. Повидимому, кишечная палочка является главной виновницей этой болезни, хотя в возникновении последней могут принимать участие и другие микробы, в частности *b. proteus*. В. С.

461. *Вакциноterapia бациллярной дизентерии per os.* Испытыв этот способ лечения в 105 случаях, К. Т. Глухов, Е. А. Волкова, Г. Л. Ерусал-

лимчик и Л. Г. Папина (Проф. Мед., 1926, № 7—8) убедились, что применение дизентерийной вакцины в дозах даже до 600 миллиардов в сутки на человека в течение 6—8 дней совершенно безвредно. Для получения хорошего терапевтического результата вакцину нужно применять по возможности раньше, — в первые же сутки заболевания; при этом условно вакцинация в течение первых же суток ведет к уменьшению стула и улучшению самочувствия больных; для закрепления этих результатов вакцинацию, однако, следует продолжать до появления вполне оформленного стула. Для применения per os лучше брать поливалентную вакцину из штаммов Shiga, Flexner'a и Hiess'a. В. С.

в) Туберкулез.

462. *Фильтрующиеся формы tbc вируса.* Еще в 1910 г. Fontes'om было обнаружено существование чрезвычайно маленьких, способных проходить через фарфоровый фильтр и плаценту форм tbc бацилла. Исследования Arloing'a и Dufour'ta (Микроб. Журн., 1926, вып. 1—2) и др. авторов доказали, что такие фильтрующиеся формы действительно наблюдаются как в культурах tbc палочек, так и в бугорчатых очагах у человека и экспериментальных животных. Так как способность их проходить через плаценту установлена прямыми опытами, то проблема наследственной передачи бугорчатки, считавшаяся разрешенной в отрицательном смысле, должна быть, по Arloing'у и Dufour'ty, пересмотрена в связи с новыми взглядами. В. С.

463. *Существует ли какой-либо параллелизм между алкоголизмом и заболеванием tbc?* Arnoult (Revue d'hyg., 1925, № 7) отвечает на этот вопрос отрицательно. Ни статистические данные, ни клиника, ни эксперимент не дают никаких доказательств в пользу выдвинутой некогда Lансегеса и поддерживаемой до сих пор многими гигиенистами мысли об этиологической связи между tbc и алкоголизмом, и ее лучше оставить. В. С.

464. *Туберкулез мезентериальных желез.* Проф. А. Штернберг (Вр. Газ., 1926, № 15—16) обращает внимание на важное клиническое значение при tbc брыжжеечного аденита, — значение неменьшее, чем какое имеет трахео-бронхиальный аденит. Вызывая местное воспаление брюшины, мезентериальный аденит у tbc больных, в связи с этим, ведет к болям и расстройствам деятельности кишечника в форме то запоров, то поносов. В деле диагностики этого заболевания прощупывание увеличенных брыжжеечных желез не имеет значения, ибо такое прощупывание даже при дряблых, тонких стенках живота обычно бывает невозможно. Гораздо более ценные результаты дает определение болезненности при глубокой пальпации живота, в тех местах, где лежат мезентериальные железы, т. е. в области корня брыжжейки, — по линии от правой подвздошной области до точки слева от позвоночника на уровне II поясничного позвонка. С практической точки зрения важно помнить, что наличие болезненности в правой подвздошной ямке может стимулировать аппендицит; для отличительного распознавания мезентериального аденита от этого последнего надо обращать внимание на наличие болезненности во второй точке, т. е. точке слева от позвоночника около II поясничного позвонка. В. С.

465. *К кальциевой терапии туберкулеза.* Произведенные в этом направлении наблюдения С. П. Косьмодемьянского и К. Н. Кобелевой (Журн. для усов. врачей, 1926, № 6) показали, что введение $CaCl_2$ per os мало влияет на увеличение Са в крови, внутривенное же введение ведет к увеличению содержания Са в крови с улучшением клинических явлений в организме. На кровяное давление, пульс и морфологический состав крови внутривенные вливания $CaCl_2$ почти не оказывают влияния; лейкоцитарная формула лишь незначительно изменяется в сторону повышения лимфоцитоза; щелочность крови понижается. В. С.

г) Внутренние болезни.

466. *Кровяные пластинки при злокачественных опухолях.* Исследовав количество кровяных пластинок у 51 больного со злокачественными опухолями, В. Н. Соколов (Рус. Клин., № 27) нашел, что у 36 из них, т. е. в 70%, число пластинок было увеличено. В виду этого автор примыкает к мнению Naegeli и Rosenbaum'a, что исследование числа кровяных пластинок может служить подсобным методом для диагностики злокачественных опухолей. В. С.