

Рефераты.

а) Физиология.

501. *О раздражении сердечных нервов гуморальным путем.* Как известно, O. Löwi показал, что при раздражении n. vagi и n. sympathici изолированного сердца содержимое его получает свойство вызывать в другом сердце соответствующий результат, т. е. замедление сокращений при раздражении n. vagi и ускорение—при раздражении n. sympathici. Исследования O. Löwi, подтвержденные одними авторами, встретили ряд возражений со стороны других экспериментаторов, которые, применяя методику Löwi, не могли подтвердить его результатов и на основании этого отвергают самую возможность переносить гуморальным путем нервное раздражение. R. H. Kahn (Klin. Woch., 1926, № 35), применив новую методику, исследовал этот вопрос. Он соединил два пульсирующие сердца стеклянной трубкой таким образом, что жидкость одного сердца переходила непосредственно в другое, и показал, что гидродинамические изменения при сокращении одного сердца не оказывают никакого влияния на сокращения другого, между тем как раздражение нервных стволов одного сердца немедленно вызывает соответственный эффект в другом сердце. Таким образом новая методика Kahn'a подтверждает открытие, сделанное O. Löwi об изменениях гуморальной среды при раздражениях сердечных нервов.

Р. Лурия.

502. *К учению о междупищеварительной фазе желудка.* Vándorfy (Arch. f. Verdauungskr., Bd 38, H $\frac{3}{4}$) экспериментально на людях показал, что секреция желудка натошак происходит путем психорефлекторных влияний. Ни в одном из своих исследований автор не видел кислотности натошак выше, чем после пищевого раздражения. Под влиянием щелочной слюны, слюны желудка, кишечного забрасывания содержимое желудка натошак подвергается значительному понижению своей кислотности, а иногда и совершенно ощелачивается.

А. Миркин.

503. *Влияние инсулина на секрецию желудка.* Detre и Sivó (Zeit. für die ges. exp. Med., Bd. 46, H $\frac{5}{6}$) произвели 2 серии опытов над влиянием инсулина на желудочную секрецию. В одной серии авторы в течение 8 дней подряд применяли подкожно инсулин и затем исследовали секрецию желудка; при этом во всех случаях секреторная деятельность желудка после инсулина оказалась повышенной. Во второй серии Detre и Sivó исследовали влияние однократного применения инсулина на желудочную секрецию, причем в большинстве случаев концентрация соляной кислоты в желудочном содержимом также повышалась, и только в небольшом числе случаев она осталась без изменений.

А. Миркин.

б) Бактериология.

504. *Новая теория бактериофагии.* Проф. Розенталь (Врач. Об., 1926, № 9) видит очень много общего между бактериофагией (феномен d'Hergelle'a) и образованием спор у бактерий: оба феномена сходны в отношении лизиса бактерий, связи с жизнью последних, устойчивости, элективного действия некоторых физических и химических агентов, самостоятельности антигенных свойств, групповых реакций и пр. В виду такого поразительного сходства между обоими феноменами автор делает предположение, не является ли таинственный бактериофагный вирус ничем иным, как спорами, которые, в виду их ничтожных размеров, можно назвать ультраспорами.

В. С.

в) Туберкулез.

505. *О частоте комбинированных форм легочного tbc.* На основании клинической картины и данных вскрытий Henius и Basch (Beitr. z. Kl. der Tbc., Bd. 63) приходят к выводу, что чистые случаи продуктивного или эксудативного tbc легких принадлежат к исключениям. Чаще всего мы наблюдаем здесь смешанные формы с преобладанием продуктивных или эксудативных изменений, причем диагностика превалирующего в данный момент характера процесса предопределяет и терапию данного случая.

М. Масбаум.

506. *К диагнозу и классификации легочного tbc.* Отвергая возможность точной прижизненной диагностики tbc, Curschmann (Tuberkulose, 1926, № 5)

указывает, что даже патолого-анатомы очень часто затрудняются микроскопически решать вопрос о характере тbc процесса. Во всяком случае существующее положение, что продуктивный тbc—это доброкачественный, а экссудативный—злокачественный,—несостоятельно. Автор присоединяется к классификации Ziegler'a, по его мнению наиболее практичной, и рекомендует при этом обращать внимание на 1) распространенность процесса по Turban'y, 2) локализацию его (верхнее, среднее, нижнее поле), 3) активность (склонный к затиханию, стационарный, прогрессирующий), 4) наличие или отсутствие лихорадки, 5) то обстоятельство, имеется открытая или закрытая форма, наконец, 6) на осложнения. В виде дополнения ставится патолого-анатомический диагноз—цирротический, пневмонический, кавернозный, узловатый тbc, без детального определения характера отдельных очагов.

М. Мастбаум.

507. *Первичный и вторичный периоды тbc.* Точный клинический и рентгенологический контроль на здоровых детях дал Harms'y и Klinkmann'y (Tuberkulose, 1925, № 6/7) возможность наблюдать развитие первичного комплекса тbc и переход его во вторичный период по Ranke, причем подробный анализ серии снимков одного и того же ребенка привел авторов к выводу о превалировании во втором периоде эндогенных метастазов над экзогенными реинфекциями.

М. Мастбаум.

508. *К вопросу о тbc в грудном возрасте.* И. Н. Осипова (Педиатрия, т. X, № 2) наблюдала течение тbc процесса с момента заражения у 13 детей в возрасте до 1 г. и у 3 детей до 2 лет. У 5 из этих детей были тbc матери, у 4—чахоточные родственники, имевшие с ними близкий контакт. Общение с тbc больными, за исключением 3 случаев, было продолжительным и тесным. В 1 случае контакт с тbc матерью в течение первой недели жизни, в другом—общение с тbc родственницей 3 раза по 3 часа, третий ребенок заражается от матери, страдавшей тbc легких и гортани (в этом случае общение было 3—4 раза по несколько минут). На основании полученных данных автор пришел к след. выводам: 1) Внутритутробные формы тbc встречаются редко. 2) Заражение чаще всего наступает бронхогенным путем, и первичные локализации наблюдаются в легких и бронхиальных железах. 3) Способность реагировать на туберкулин у грудных детей с казеозными поражениями и с милиарным тbc часто остается до самой смерти. 4) Заражение тbc на первом году жизни не всегда дает летальный исход.

М. Левинсон.

509. *Кровохарканья нетуберкулезного происхождения.* А. Hoffman (Deut. med. W., 1926, № 38) обращает внимание на большой % нетуберкулезных больных, находящихся на лечении в санаториях, причем кровохарканье является наиболее частым симптомом, ведущим у них к ошибочным диагнозам. На основании анализа историй болезни автор указывает на болезни сердца, которые в ряде случаев были рассмотрены, и больные в течение многих лет подвергались санаторному лечению. В большинстве учебников имеются указания, что при митральных пороках наблюдаются незначительные кровохарканья; в большинстве своих случаев автор видел при этом легочные кровотечения, а не кровохарканья.

М. Мастбаум.

510. *Лечение чахотки ультрафиолетовыми лучами.* Combes, Huguet и Vogt'al (по отч. в журн. „Физиотерапия“, 1926) нашли, что ультрафиолетовые лучи оказывают при легочном тbc резкое действие, в виду чего их нужно применять с большим разбором и величайшей осторожностью, так как нельзя еще говорить твердо о том типе больных, где это лечение абсолютно показано. Во всяком случае дозы лучей здесь должны быть значительно ниже, чем при наружном тbc и вообще кожных заболеваниях. В виду того, что ультрафиолетовые лучи повышают аппетит вследствие повышаемого ими внутреннего сгорания необходимо при лечении ими давать больным возможность обильно питаться.

Л. Н. Клячкин.

г) Внутренние болезни.

511. *Лечение малярии препаратами кадмия.* Reitler (Wiener kl. Woch., 1926, № 33) испытал это лечение в 13 случаях малярии. У 3 больных (двое лихорадивших с m. tertiana и tropica и один носитель гамет m. tropicae) был применен раствор кадмий-натрий-тартарата с 1% содержанием кадмия, в виде внутривенных впрыскиваний (по 2,5 куб. с.), причем у 2 больных было сделано по 2 впрыскивания и у 1—одно; тотчас после первого же впрыскивания лихорадка