

## б) Инфекционные болезни и иммунитет.

5. *К учению о токсине.* По Утенкову (Рус. в. дерм., 1928, № 2) факт цикличности микроорганизмов в связи с существованием их невидимых, фильтрующихся рас требует пересмотра современного представления о т. наз. токсинах. Повидимому, токсин представляет собою культуру живого вируса в смеси с неживым агентом. Применение диагностических реакций и активной иммунизации токсином основано, по автору, на недостаточно точных научных данных и не должно носить массового характера. *P.*

6. *Алективная локализация стрептококков.* На основании своих исследований Росенау (Проф. мед., 1928, прил.) нашел, что многие стрептококки, будучи вводимы интравенно, проявляют способность к избирательной локализации в определенных органах и тканях. Таковы стрептококки язв желудка, миозитов, эпидемической икоты и энцефалита. При этом они выделяют свободный яд, посредством которого повреждают те органы и ткани, в которых локализуются. Факт этот проливает яркий свет на проблему преодоления микробами естественной резистентности тканей и вторжения микробов в организм. *P.*

7. *Энтеровакцинация per os против брюшного тифа.* Применяв ее у 1210 чел. в 4 селах, Ноневич (Проф. мед., 1928, прил.) пришел к заключению, что отсутствие брюшного тифа в течение 4 мес. в селах, где он до сих пор был постоянным, а равно отсутствие заболеваний среди вакцинированных заставляют признать ценность энтеровакцинации, как метода борьбы с разбираемой болезнью. Средство это тем более ценно, что техника энтеровакцинации проста, и она совершенно не дает реактивных явлений. Хорошие в общем результаты получил от энтеровакцинации и Матвеев (ibid.), хотя, по его мнению, она и не должна заменять проведение санитарно-оздоровительных мероприятий по борьбе с сыпным тифом. *P.*

8. *Роль мух в распространении брюшного тифа.* Kister (Arch. f. Gyg., Bd. 100, H. 1—4) отмечает важную роль мух в распространении брюшного тифа. Автору, при его экспериментальных исследованиях, всегда удавалось находить на мухах палочки Eberth'a. Иногда он находил их и в кишечнике мух. *P.*

## в) Туберкулез.

9. *К вопросу о плацентарной передаче tbc.* Calmette, Valtis и Lacomme (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1928, № 10), исследовав 26 детей и плодов, рожденных tbc-ми матерями и не имевших после рождения никакого контакта с последними, могли установить у них наличие тbc инфекции в 20 случаях. В частности переход через плаценту нормальных форм tbc палочек наблюдался лишь очень редко, — в 3 случаях на 26, т. е. в 11,5%. Напротив, трансплацентарная инфекция невидимыми, фильтрующимися элементами, tbc ультравирусом, открытым в 1910 г. Fontès, имела место сравнительно часто — в 20 сл. из 26. *P.*

10. *Пути проникновения tbc инфекции в организм.* По сообщению проф. F. Klempereг'a в заседании Берлинского мед. общества 9/XI 1927 г. первичный очаг tbc в 80% образуется в легких, но не в верхушках их, как думали раньше, а в средней или нижней доле. Отсюда процесс по лимфатическим путям распространяется на лимфатические железы, а затем заболевание может распространяться уже по всему организму по кровеносным путям. *P.*

11. *К прогностике ранней tbc инфекции.* Mandl (Zeit. f. Kinderheil., Bd. 45, H. 5) из 70 детей, у которых реакция Pirquet в течение первых 2 лет их жизни дала положительный результат, проследил судьбу 44. Один из этих детей погиб от tbc менингита, у одного имел место костный tbc и 19 погибли от интеркуррентных заболеваний. Из 23 оставшихся в живых 15 имели инактивный tbc, в том числе лишь двое — в тяжелой форме. Отсюда автор выводит заключение, что у подвергшихся ранней tbc инфекции детей, если они пережили 2-й год жизни, прогноз не только quoad vitam, но и quoad valetudinem является благоприятным. *P.*

12. *Результаты вакцинирования BCG во Франции за 4 года.* A. Calmette (Presse med., 1928, № 89) сообщает эти результаты за гг. 1925—1928 на основании статистических данных 204 tbc диспансеров во Франции. Из 4.854

не вакцинированных детей, родившихся от тbc матерей или воспитывавшихся в тbc среде, умерло от тbc 15,9%, а из 2.368 находившихся в подобных же условиях вакцинированных детей умерло от тbc только 3,4%; от других, не тbc заболеваний смертность в 1-й группе равнялась 21,1%, во 2-й же — только 12,5%; таким образом вакцинация уменьшила смертность от тbc в 3—4 раза, а от других заболеваний — в 2 раза, причем статистикой установлено, что вакцинированные дети лучше сопротивлялись, чем невакцинированные, болезням детского возраста: кори, гриппу, бронхо-пневмонии, желудочным болезням. Далее, из 814 вакцинированных детей, родившихся от тbc матерей и не отделенных от последних, только 2,4% умерли от тbc и 10,6% — от других причин в то время, как из 1989 невакцинированных детей, родившихся также от тbc матерей и не отделенных от них, смертность от тbc равнялась 18%, а от других заболеваний — 24,3%. Во Франции есть в настоящее время города, где почти все новорожденные дети вакцинируются. Автор сообщает о городе Ligny-en-Barrois, где за время с 9/VI 1926 г. по 26/IX 1928 г. родилось 237 детей, среди которых 210 было вакцинировано; из них всего 5 (2,3%) умерло от различных не тbc заболеваний, из 27 же невакцинированных детей умерло также 5, т. е. 18,5%, — почти в 8 раз больше, чем вакцинированных. Длительность иммунитета при вакцинации BCG, по Calmette'у, пока еще не выяснена, но полная безопасность этой вакцинации позволяет применять, через известные промежутки, прививку минимальных доз ( $\frac{1}{40}$  mg BCG), что обещает уменьшение заболеваний и смертности от тbc, а может быть — и победу над ним в недалеком будущем.

Н. Крамов.

### г) Малярия.

13. Плазмохин при малярии. Ш. И. Зиракян (Кл. мед., 1928, № 15), испробовав лечение плазмохинем в 19 случаях *m. tertiana* и *m. tropicae* (плазмохин в таблетках давался, по 0,2, 3 раза в день в течение 5 дней, затем следовал перерыв в 3 дня, после перерыва опять давался плазмохин 4 дня, вновь делался 3-дневный перерыв и т. д. в течение 4—6 недель), пришел к следующим выводам: 1) плазмохин является, по видимому, специфическим средством при малярии, обладая купирующим и паразитотоксическим действием; 2) в упорных случаях, когда хинин не действует, плазмохин активен против гамет; 3) при тропической малярии плазмохин плюс хинин действует лучше, чем чистый плазмохин; 4) возвраты после лечения плазмохинем бывают редко.

P.

14. Лечение малярии плазмохинем. Mühlens (Deut. med. W., 1927, № 52) рекомендует при *m. tertiana* и *quartana* давать ежедневно 3 раза по одной таблетке с 0,02 чистого плазмохина, а при *tropica* и профилактики ради — ежедневно после еды 3 раза по 2 таблетки *palsmochini compositi* (0,01 *plasmochini* и 0,125 *chinini sulfurici*).

С. С-в.

15. Длительная систематическая линизация дробными дозами. П. П. Муфель (Кл. мед., 1928, № 15), испробовав целый ряд способов лечения малярии, остановился, наконец, на следующем: хинин дается внутрь 3 раза в день, по 0,3 на прием, после еды, в течение 4 дней, после чего делается 2-дневная пауза; затем в течение не менее 2 месяцев хинин дается 2 дня в неделю, а 5 дней пауза; т. о. все лечение продолжается 9 недель, причем дается 18 грм. хинина. По его наблюдениям результаты такого лечения, при минимальной трате хинина, не хуже результатов, получаемых при проведении более интенсивных, в смысле количества вводимого хинина, способов лечения. При этом продолжительность межприступного периода, по автору, находится в прямой зависимости от длительности лечения.

P.

### д) Физиотерапия.

16. Проницаемость живых тканей для ультрафиолетовых лучей, по точным исследованиям Mach'ta, Anderson'a и Bell'я (Journ. of Am. Med. Ass., 1928, № 3), значительно выше, чем это принимали раньше. При этом лучи с короткой волной проникают через живую кожу гораздо глубже, чем лучи с длинной волной. Существует также значительная разница между проницаемостью для ультрафиолетовых лучей живых и мертвых тканей.

P.

17. Морфологические изменения в раковых опухолях после лечения радием. Изучив эти изменения, П. Г. Бережанский (Вопросы онкологии, т. I, кн. 2) приходит к выводу, что благоприятный эффект от лечения Ra является