

сла в сторону его увеличения, между тем как у здоровых лиц и излеченных от туберкулеза число это оставалось прежним.

*Серодиагностика туберкулеза.* При серодиагностике туберкулеза нужно производить 2 реакции, дополняющих одна другую (G r u m b a c h, Centr. f. Bakter., Ref., Bd. 74, 1922). Первая реакция—*Besredka I*—имеет целью доказать присутствие в человеческом организме специфического противотела по отношению к антигену *Besredka I*; вторая реакция—*Besredka II*—служит для доказательства присутствия антигена при помощи специфической иммунной сыворотки. По мнению автора серореакция при туберкулезе в описанном виде в состоянии дать клинике больше, чем всякий другой лабораторный метод. И та, и другая из рекомендуемых реакций, если даже она является слабо-положительной, говорит за активный туберкулез.

*В. Аристовский.*

*Соли Са и кремневой кислоты при легочной бугорчатке.* На основании главным образом литературных данных и отчасти собственных наблюдений Чуканов (Клин. Мед., 1922, № 5—6) находит, что прежнее направление в деле лечения бугорчатки, при котором главное внимание было устремлено на откармливание больных органическими веществами, является односторонним и неправильным,—что в некоторых случаях откармливание, несмотря на значительную прибавку в весе, не останавливает туберкулезного процесса и ничего не дает в смысле повышения естественного иммунитета; наоборот, являющееся результатом такого откармливания отложение жира создает неблагоприятные условия для борьбы с тbc инфекцией. Автор полагает, что при лечении бугорчатых больных надо заботиться о достаточном подвозе минеральных веществ, особенно солей Са и кремневой кислоты: последняя является, повидимому, стимулом для образования соединительной ткани и способствует, поэтому, отграничению туберкулезных фокусов, соли же Са повышают активность лимфоцитов и необходимы для петрификации отграниченных фиброзно тканью фокусов. Лучше всего, по Ч., давать эти средства в пилюлях, причем каждая пилюля должна иметь след. состав: calc. chlorosi puriss. sicci 0,4, acidi salic. 0,1, calc. glycerophosph. 0,1.

*Иод и иод-хинин при малярии.* По наблюдениям Рубашкина (Врач. Дело, 1923, № 3—5) иод, будучи применяем per os или в виде Луговского раствора (по 25—30 кап. 2 раза в день), или в виде 10% иодной настойки (по 5—10 кап., также 2 раза pro die), несомненно, оказывает известное лечебное влияние при малярии, но это влияние зависит не от токсического воздействия его на плазмодии, которым он не обладает, а от непосредственного влияния его на лихорадку, развитию которой он препятствует. Для прочного излечения малярии автор рекомендует сочетание иода с хинином которое может быть введено или, опять-таки, per os, или подкожно. Для внутреннего употребления Р. советует брать смесь 5% t-гае jodi с равным количеством 10% спиртового раствора солянокислого хинина, каковая смесь дается по 25 кап. 2 раза в день за едой. Для подкожных впрыскиваний, так как иод с хинином дает нерастворимый chin. hydrojodicum, к этим веществам надо прибавлять,

в качестве растворителя, антипирин. Раствор всех 3 средств (хиноидо-пирин) готовится след. обр.: 0,2 кристаллического йода растирается в фарфоровой ступке с 3,5 антипирина. и к смеси прибавляется 7—8 куб. сант. воды, затем все это смешивается с 90 куб. сант. 10% раствора солянокислого хинина. Получается прозрачная, бесцветная жидкость, которую после фильтрования и стерилизации можно употреблять для инъекций. Впрыскивания ее производятся в глубокие слои подкожной клетчатки, в количестве 5—10 куб. сант. зараз, причем, во избежание выпадания хинина, раствор перед инъекцией надо несколько подогреть. Автор видел и от иод-хинина (который он советует употреблять внутрь, в указанных выше количествах, 3 дня в неделю подряд, оставляя 4 дня свободными и настойчиво продолжая лечение не менее 2 мес.), и особенно от хиноидопирина прекрасные результаты в случаях упорной малярии, не поддававшейся обычному хининному лечению, причем особенно подходящими для такой терапии он считает случаи малярии, осложненные поражением сосудистой системы.

В. Груздев.

*Тропическая малярия и лечение салварсаном.* В феврале 1922 г., во время дискуссии в Берлинском Медицинском Обществе о салварсане, Friedemann указал, что большое количество тяжелых осложнений со стороны печени при лечении сифилиса в Германии во время войны может быть сведено к провокации салварсаном тропической малярии. В настоящее время Friedemann (Klin. Woch., 1922, № 33) приводит 19 случаев, где после нескольких вливаний салварсана у больных со скрытой формой тропической малярии появлялись лихорадочные приступы с значительным количеством плазмодиев в периферической крови. Обращая внимание на этих больных с эпидемиологической стороны, как на распространителей тропической малярии в местностях, где ее раньше не было, он подчеркивает крайне атипичную форму температурной кривой при malaria tropica, послужившую в ряде случаев причиной неправильного распознавания болезни. Особенно подробно автор останавливается на явлениях со стороны печени, дающих клиническую картину, совершенно не соответствующую нашему пониманию малярии: начиная с icterus catarrhalis, он видел при этом явления cholecystitis, cholangitis и различные формы острой атрофии печени с резко выраженным коматовым состоянием больного. Поэтому F. высказывает предположение, что причиной учащения случаев желтухи и острой желтой атрофии печени за последнее время может быть лечение салварсаном больных со скрытой тропической малярией, при которой печень стала менее выносливой в отношении салварсана. Он указывает, далее, что нередко лечение салварсаном производилось несмотря на то, что больные категорически отрицали заражение сифилисом, — лишь потому, что исследование крови давало положительную реакцию Wassermann'a, и напоминает, что эта реакция свойственна значительному числу малярийных больных. Автор совершенно справедливо предполагает, что сообщенные им факты заслуживают внимания широких врачебных кругов:

Р. Лурия.

*Функциональная диагностика болезней печени.* Изучая функцию печени посредством предложенной Vidal'ем пробы („Leu-