

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'em пробы („Leu-

kovidal“ Schilling'a), Stahl (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 141) сравнивает эту пробу с функциональной пробой печени по Faltа (определение в моче уробилина и уробилиногена после назначения больному per os натошак 3,0 fel. tauri depurati) и приходит к следующим выводам: проба Faltа, весьма легко проводимая у постели больного и не представляющая никаких затруднений ни для больного, ни для врача, дает положительный результат в 87% заболеваний печени и в 80% отрицательный результат там, где нельзя заподозрить заболевания этого органа; по своим результатам эта проба совпадает с функциональной пробой печени Strauss'a (исследование мочи после назначения левулезы); функциональная проба Vidal'я, поставленная в 50 случаях, давала положительный результат там, где не было никаких оснований предполагать заболевания печени; она не идет параллельно с тяжестью случая и с очевидными органическими изменениями в печени и находится в большой зависимости от целого ряда причин, лежащих вне печени и не имеющих никакого отношения к ее функции. В виду всего этого Stahl приходит к заключению, что в каждом отдельном случае к результатам Vidal'евской пробы печени следует относиться с большой осторожностью.

Р. Лурия.

Новое средство против тяжелых запоров и явлений непроходимости рекомендует Küttner (Centr. f. Chir., 1923, № 7; по реф. Münch. med. Woch., 1923, № 9), в виде смеси из $\frac{2}{3}$ литра нагретого до 38° молока и $\frac{1}{2}$ литра обыкновенного сахарного сиропа. Для удаления хлопьев необходимо процедить смесь через сито. Успех основан на осмотическом действии полисахаридов. *И. Ц.*

в) Хирургия.

Подкожные камни. Шамоу (В. Хир. и Погр. Обл., т. II) подробно описывает чрезвычайно редкое и малоизвестное заболевание, заключающееся в отложении в подкожной клетчатке конкрементов, которые состоят из солей фосфорнокислой и углекислой извести (подкожные камни, calcinosis universalis interstitialis). В одном случае, наблюдавшемся автором, камни эти были расположены на левой стороне лица, шеи и в обоих локтевых сгибах. В литературе Ш-ву удалось собрать лишь 36 сл. этого заболевания, из числа которых 3 были опубликованы в русской печати. *В. Боголюбов.*

О нагноении операционных ран. Заркевич (В. Хир. и Погр. Обл., т. II) задался целью проследить на материале Акад. Хир. Клиники В.-Мед. Ак. за 1918—22 гг., насколько годы эти отразились на течении операционных ран в смысле осложнения их инфекцией. Выводы: 1) впечатление что % нагноений за последние годы вообще увеличивается, на основании материала Акад. Хир. Кл. не оправдывается; 2) употребление резиновых перчаток уменьшает ясло нагноений на 26%; 3) допущение в хирургическое отделение большого числа неопытных врачей в качестве активных работников увеличивает % нагноений; 4) опытность хирурга имеет большое значение в деле уменьшения нагноений; 5) % нагноений при полостных операциях в среднем меньше, чем при неполостных операциях; 6) большое количество операций в один день в одной и