

Полученные данные не являются, быть может, абсолютно новыми для физиотерапевтической клиники, располагающей уже значительным материалом в этом направлении. Однако, анализ приведенных фактов приближает нас к перспективе и возможности переводить воспалительную реакцию, являющуюся все-же тканевой травмой—в рамки физиологические.

Приведенные наблюдения позволяют наметить следующие выводы:

1) Некоторые физиотерапевтические раздражители, применяемые в области вегетативного шейного аппарата, оказывают определенное влияние на характер воспалительной реакции, меняя ее как в количественном, так и в качественном отношении.

2) Сущность изменений сводится к повышению ассимиляторной фазы, чем определяется в значительной мере характер ответной реакции со стороны ткани: стадий дистрофических явлений сводится к минимуму, а иногда совершенно выпадает.

3) Поскольку в применявшихся раздражителях воздействие зависит от ряда факторов (тепло, характер тока), ответный эффект приходится относить не только за счет сосудов, но и самой ткани.

4) Максимум эффекта наблюдается при максимальном напряжении тканевой энергетики.

5) В основе всякого воспаления лежит раздражение. Не всякое раздражение вызывает воспаление, в то же время некоторые виды раздражения могут изменить или предотвратить воспаление. Необходимым условием является выбор раздражителя, соответствующий данному субстрату в смысле характера и динамики ответной реакции.

Литература. 1) Известия Гос. ин-та физ. мет. леч. им. И. М. Сеченова, том II, 1928 г.—2) Днепрпетровск. мед. журн., № 7—12, 1929 г.—3) Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak. Bd. 129, 133, 137.—4) Klin. Wschr., 1927 г., № 42, 1928 г., № 16.—5) Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 218, H. 5/6.

Из Био-химической лаборатории Института хирургической невропатологии (зав. лаб. д-р Е. С. М а н о й л о в).

Влияние невротомии на индиканемию при хронических незаживающих язвах.

Д-ра О. В. Шамариной (Ленинград).

Невротомия изменяет как характер отделяемого язвы, так и ее микрофлору. Желая выяснить химизм первого явления, я исследовала содержание индикана в крови у больных за сутки до невротомии и через 10 дней после нее, поскольку в появлении больших количеств индикана можно видеть указание на происходящее где-либо в организме сильное гниение белковых веществ.

Индикан исследован по способу Иолесса: к 1,5 см. сыворотки прибавляется 3,0 см. 20% ас. trichloroacetic и содержимое пробирки фильтруется сквозь маленький фильтр; фильтр и пробирка ополаскиваются 0,5 aq. destil. К фильтрату добавляют 7 капель 5% спиртного раствора тимола и столько реактива Обермейера, сколько было фильтрата. Через 2 часа прибавляют 2 кб. см. хлороформа. В нормальной челове-

ческой сыворотке получались у некоторых авторов ничтожные количества индикана 0,026—0,082 млгр.; при этом окраски хлороформа не получается, и реакция считается отрицательной. При увеличении количества индикана при различных заболеваниях хлороформ окрашивается от розово-фиолетового до темно-фиолетового цвета. Реакция считается положительной и отмечается в зависимости от интенсивности цвета одним, двумя, тремя или четырьмя крестами. Из двадцати исследованных мною больных до невротомии у 12 реакция Иолесса была положительной, у 8-ми—отрицательной. После невротомии все 20 больных дали отрицательный результат. В последнее время некоторые авторы указывали на значение наличия большого количества индикана в сыворотке крови, как на признак недостаточности почек, поэтому у всех исследованных на индикан больных исследовалась и моча, и отклонений от нормы не было обнаружено. Это дает право предположить, что невротомия оказывает влияние на содержание индикана в крови в сторону его понижения.

О дальнейших исследованиях в этой области будет сообщено в другой работе.

Из I-й Терапевтической клиники Воронежского медицинского института.
(Директор—проф. Н. А. Куршаков).

Метод щелочной нагрузки и его применения в клинике внутренних болезней.

М. С. Солнцевой.

Работы последних лет сясностью показали на то значение, которое щелочно-кислотное равновесие имеет в физиологии и патологии животного организма. Стремление поддержать это равновесие на определенной высоте происходит путем координирования работы целого ряда органов: легкие, выделяя CO_2 , печень, принимая участие в выработке аммиака, желудочно-кишечный тракт, секретируя кислые и щелочные секреты и, наконец, почки, давая мочу то с большим содержанием кислот и щелочей, то с меньшим—принимают участие в регуляции щелочно-кислотного равновесия. Вот почему естественно изучение функций различных органов, направленных к регулированию и поддержанию щелочно-кислотного равновесия, привлекало внимание клиницистов. Rehn и Günzburg, затем Pannewitz, Popescu, Inotesti. Sylla и, наконец, Rosenberg и Hellfors, изучая колебания концентрации водородных ионов в моче после нагрузки щелочами и кислотами, стремились получить представление о функции почек, направленной к поддержанию щелочно-кислотного равновесия, и вместе с тем применить этот способ к исследованию функционального состояния почек вообще. Однако, говорить об этом состоянии на основании определения Ph мочи оказалось недостаточным. Колебания Ph не всегда достаточно рельефны, как показывает просмотр полученных приведенными авторами данных, т. к. концентрация водородных ионов есть величина, зависящая от соотношения кислоты к щелочи (напряжения CO_2 и содержания бикарбонатов). Это заставило выдвинуть другую методику определения изменений функций тканей и почек на введение щелочи: Mainzer с сотрудниками, А. Гефтер подчеркнули значение определения бикарбонатов в моче и предложили пользоваться методом их определения газометрическим путем (по van Slyke'y), при-