

тельство, что в опытах автора взятая на 2-й день сыпи кровь корового больного даже после прибавки патрена и 72 часов держания в ледяном шкафу, будучи впрыснута не имевшим кори детям, еще причиняла корь; на 4-й же день сыпи возбудитель кори, повидимому, исчезает из крови. (Только позволительны-ли упомянутые впрыскивания с этической точки зрения? Реф.). С. С—в.

7. К вопросу об иммунизации детей против дифтерии через нос. С целью предохранительной вакцинации против дифтерии Lesné, Marquezу, Lemaire и Monmignot (Bul. de la Soc. de Ped. de Paris, 1927, №№ 3—5) в 130 случаях вводили анатоксин Ramon'a через нос по 3—4 капли в каждую ноздрю, — у одних больных по 8 дней ряды с 8-дневными перерывами, а у других — через 3—4 дня до полного исчезновения реакции Chick'a, причем в результате того и другого способа лечения получили сравнительно тождественные цифры: через 3 недели после начала вакцинации только 50% реакций Chick'a оказались отрицательными, через 40 дней после начала—83%, 50 же дней спустя—95%. Авторы рассматривают этот способ вакцинации против дифтерии, как вполне обоснованный, и полагают, что речь идет здесь не о местной только вакцинации, ибо анатоксин, всасываясь в слизистую носа, по их мнению, пропитывает затем весь организм. Для полной иммунизации этим путем требуется всего 20—30 введений антидифтерийного анатоксина. Ни у одного из подвергнутых вакцинации не было отмечено ни местной, ни общей реакции. Продолжительность периода иммунизации авторам определить не удалось. В виду малочисленности наблюдений они, впрочем, не считают пока возможным совершенно отказаться от старого, испытанного способа иммунизации — подкожным путем.

И. Гарнопольский.

г) Туберкулез.

8. Каротинемия при tbc и ее отношение к гипохолестеринемии. He ss и Meyers в 1919 г. отметили желтую пигментацию ладоней рук и предплечий и янтарный цвет мочи, при нормальном стуле и белых склерах, в результате повышенного употребления моркови; окраска эта исчезала с прекращением питания морковью; объясняется она тем, что последняя содержит особый пигмент — каротин, который, поступая в организм животного, сообщает соответствующую окраску молоку, жиру, кровяной сыворотке. Ка и ре также констатировал желтую окраску кожи лица в результате употребления моркови. Umber отметил каротинемию у 15 употребивших морковь диабетиков. Эти факты Pissavy и Monseaux (Presse méd., 1927, № 79) рассматривают, как указание на связь каротинемии с расстройствами обмена, именно, с пониженным окислением. Они легко вызывали каротинемию у tbc больных дачей моркови и апельсинов, тогда как у здоровых людей каротинемия при подобных условиях не наблюдалась. Отсюда авторы думают, что у tbc больных имеются расстройства обмена, которые должны быть устраняемы назначением повышающих окисление средств (воздух, катализаторы). Именно неполным окислением каротина авторы объясняют констатируемую у tbc больных гипохолестеринемию. В этом же они видят причину своеобразной окраски кожи tbc больных, которая заставляет думать об анемии, когда на самом деле таковой нет.

Н. Крамов.

9. Язва желудка и легочный tbc. Winkelbauer и Fritsch (Wien. kl. W., 1927, № 10) находят, что присоединение желудочной язвы к tbc легких значительно ухудшает предсказание: под влиянием язвы фиброзная бугорчатка может перейти в язвенную. В подобных случаях показается быстрое вмешательство. Когда случаи подходят, удается наложением искусственного пневмоторакса подготовить больного к оперативному коренному лечению язвы. При этом операционная травма должна быть возможно меньше. Можно-ли при операции обойтись местной анестезией, или здесь нужен хотя кратковременный общий наркоз, — это решается в зависимости от особенностей случая.

С. С—в.

10. Лечение x-лучами легочного tbc. Основываясь на данных, полученных Васmeister'ом и Küpfertle при рентгенизации экспериментально инфицированных tbc бактериями животных и при лечении легочного tbc у человека, Logeу и Gebrcke (Beitr. zur Kl. d. Tub., Bd. 61, H. 4) проводили рентгенотерапию над 45 больными с tbc легких и получили в 20 случаях клиническое излечение. После многих попыток авторы остановились на след. технике: аппарат Symmetrie, 180 киловольт, 2 МА, фильтр 0,5 сант. цинка и 3,0 мм. алюминия, фокусное расстояние 30 сант., 2—3 поля по 15X15 кв. сант. в неделю. Доза—начиная с 1/2 до 1 кож.

эрит. единицы. Механизм лечебного действия лучей при тбс еще не выяснен. Несомненно одно, что непосредственного действия на бацилл они не оказывают. Авторы предостерегают, присоединяясь к мнению референта, от сильных очаговых реакций, которых не следует вызывать.

Р. Я. Гасуль.

11. *Лечение легочной бугорчатки x-лучами.* Holten (Zeit. f. Tbc., Bd. 47, N. 1, 1927) сообщает о применении x-лучей у 353 чахоточных. Из них 247 (69,9%) через 1—6 лет стали вполне работоспособными. Однако данный способ нуждается в дальнейшей разработке.

С. С—в.

12. *О важности различных положений тела при лечении легочной чахотки.* G. Liebermeister (Beitr. z. Klin. d. Tbc, Bd. 65, N. 4/5, 1927) указывает, что у многих чахоточных лихорадка обуславливается задержкой мокроты, а задержке этой способствуют наркотические лекарства. Так называемый *typus inversus* лихорадки есть часто лишь следствие вечерней дачи наркотических или гипнотических средств. Как при каждом гнойнике, так и при бугорчатковых туберкулезных гнездах и кавернах для оттока секрета весьма важно положение больного. Во многих случаях очень помогает положение, рекомендованное Quincke для бронхоэктазий—приподняtie нижнего конца постели с опущением книзу головы. В других случаях выгодно положение на животе или на боку. Действие лечения положением сказывается сначала усилением, а затем уменьшением отхаркивания.

С. С—в.

д) Внутренние болезни.

13. *О раннем сифилитическом аортите.* По H. W. Grafy и Rameley (Revue méd. de la Suisse rom., 25, XI 1926) специфический аортит есть самое частое и обычно всего позднее,—в среднем спустя 20 лет после заражения,—наступающее проявление сифилиса внутренних органов. Между тем авторы наблюдали сифилитика 24 лет, у которого уже через 1½ года по заражении развились специфический мезоаортит и милиарные гуммы в селезенке, несмотря на интенсивное, рано начатое лечение неосальварсаном. Авторами приводится также ряд случаев из литературы, где специфический аортит наступал через 2, 5 и т. д. лет после заражения. За последние годы число таких случаев заметно увеличивается,—за 5 лет возросло втрое (установленных патолого-анатомически). Статистические цифры показывают безупречным образом, что важною причиною такого нарастания и раннего появления специфического аортита является систематическое лечение сальварсаном (!), и что вообще аортит развивается тем раньше, чем лучше лечен сифилис: при хорошем лечении через 15 лет, при плохом—через 22 и в случаях вовсе не леченных сальварсаном—через 23,4 года. Вследствие этого во всех свежих случаях сифилиса необходимы при лечении периодические исследования сердца, хотя бы налицо и не имелось никаких субъективных симптомов.

С. С—в.

14. *К диагностике эхинококка.* По наблюдениям А. П. Беляева (Вр. Газ., 1927, № 21) эхинококковая жидкость, будучи профильтрована через свечу Chamberlend'a и сохраняема в запаянных ампулах, долгое время,—не менее 16 месяцев,—обладает способностью давать положительную реакцию при интрадермальном введении эхинококковым больным, именно, при введении 0,3—0,5 этой жидкости в кожу на месте введения получается волдырь, окруженный зоной красноты и иногда инфильтратом. Из 22 случаев эхинококковых заболеваний реакция эта оказалась ясно-положительною в 20, отрицательный результат получился в 2 случаях альвеолярного эхинококка, причем в одном из этих случаев имело место нагноение эхинококковых кист. Напротив, испытав эту пробу у 77 глистных и 30 неглистных больных, автор получил положительный результат лишь у 3 глистных больных.

Р.

15. *О действии хлорофилла при артериосклерозе.* Bürgi (Münch. med. W., 1927, № 47), исходя из химического сродства хлорофилла с красящим веществом крови и опираясь на исследования Ненцкого и Abderhalden'a, сделал попытку изучить влияние этого вещества экспериментально и клинически. В первых же опытах ему бросилось в глаза тонизирующее действие его на сердце и сосуды, которое в дальнейшем все более подтверждалось. Особенно благоприятно оказался действующим хлорофилловый препарат „хлорозан“ при артериосклерозе, именно, в неосложненных пороках сердца случаях. В одном случае дело шло о склеротике 45 лет, сильном курильщике, с давлением 160 мм.; он получал вте-