

не самый холестерин, а другое, примешанное к нему, вещество, очень близкое по своему составу к холестерину. Физик Pohl, изучая спектр поглощения раствора холестерина помощью особого прибора, чувствительного к невидимым лучам, нашел, что холестерин после освещения перестает задерживать ультрафиолетовые лучи с длиной волны 280—300 мμ. Путем сравнения спектров различных препаратов холестерина Pohl показал, что абсорбционный спектр принадлежит не самому холестерину, а другому веществу, примешанному к нему в ничтожном количестве. Последнее оказалось как по своему спектру, так и по химическим свойствам тождественным с давно добытым Windaus'ом стеринном из спорыньи—эргостерином. Тогда было произведено биологическое испытание облученного ультрафиолетовыми лучами эргостерина на животных и детях, и обнаружилось необычайно сильное антирахитическое действие его. Эргостерин был поэтому назван провитамином, активированный же светом препарат—антирахитическим «витамином». Впоследствии обнаружилось тождество последнего с антирахитическим фактором рыбьего жира. Эти открытия дали возможность объяснить значение самых разнородных факторов в этиологии рахита: освещение ребенка, вероятно, активирует заключенный в коже провитамин, внешние условия (время года, местность, жилищные условия) могут быть сведены к недостатку ультрафиолетовых лучей, а эндогенные факторы (наследственность, недоношенность, конституция)—к недостатку провитамина в организме. Vollmer (Deut. med. Woch., 1927, № 39) испытывал действие вигантола (1% раствора облученного лучами эргостерина в прованском масле) на 100 крысах, у которых был искусственно вызван рахит бедной фосфором пищей, и на 20 рахитичных детях; 0,001 mg. эргостерина в сутки было достаточно, чтобы вылечить течение короткого времени крыс или предупредить у них развитие рахита; 10 капель вигантола в день повышали содержание фосфора в крови у рахитичных детей до нормы течение 10—14 дней, а при ежедневной дозе в 20 кап. на 9-й день обнаруживались на рентгенограмме первые очаги обызвествления; 20 дней было достаточно для полного излечения цветущего рахита. Подкожное введение вигантола действовало также благотворно. Для профилактики рахита у недоносков с 3—4 недели достаточно 1 капли, позже—2-х капель вигантола в день. Малые повторные дозы действовали лучше, чем большие единичные. Gyorgy (Klin. Woch., 1927, № 13) применял у детей с рахитом и тетанией вдвое меньшие дозы облученного эргостерина и получал такой же благоприятный эффект, как и при лечении их кварцевой лампой. Folkenheim (D. m. W., 1927, № 37) наблюдал такое же благотворное действие этого препарата на детях, страдавших, кроме рахита, тяжелой дистрофией на почве затяжных бронхопневмоний. Антирахитическое действие препарата не ослаблялось инфекцией и оказывало благоприятное влияние на течение бронхопневмонии. Вредного влияния на кишечник не замечалось. После приема вигантола по 3 кап. 3 раза в день через 10 дней обнаруживались биохимически и рентгенологически первые признаки излечения, не позже, как через 20 дней, исчезал craniotabes. Hottinger и Starlinger (D. m. W., 1927, № 37) описали несколько случаев блестящего излечения эргостерином тяжелых случаев остеомалации у взрослых, где болезнь течение многих лет не поддавалась никаким другим методам лечения вплоть до кастрации.

С. Маркузе.

234. *К клинике коклюша.* По наблюдениям М. О. Бродского (Вест. Совр. Мед., 1927, № 22) в раннем грудном возрасте кашель при коклюше часто протекает без свиста и не оканчивается рвотой, кашлевые толчки следуют друг за другом без передышки и ведут к покраснению и даже к посинению лица, к конвульсивным движениям и извержением мочи и кала. Цианоз достигает очень высокой степени, удушье становится угрожающим и может привести к смерти, особенно, если болезнь осложняется капиллярным бронхитом или пневмонией. Из осложнений автор указывает на пневмонию, кровоизлияния в склеры, пупочные и паховые грыжи, подкожную эмфизему, кровотечения из носа. Смертность грудных детей от коклюша, по данным автора, неособенно велика (1,31%). Автор думает далее, что гипотеза о врожденном иммунитете, препятствующим заражению коклюшем, не имеет под собой оснований, и что коклюш в раннем грудном возрасте встречается чаще, чем это принято думать.

М. Лейзеровская.

в) Невропатология и психиатрия.

235. *К отличительному распознаванию кровоизлияний в мозг.* J. Wilder (Wiener. kl. W., 1927, № 36) указывает, что в определении билирубина в кровяной сыворотке мы имеем средство с большою вероятностью решать, и притом

разновременно, идет ли в данном случае дело о кровоизлиянии, или о размягчении мозга на почве эмболии. Именно, если содержание билирубина превышает 1 : 200,000,— это говорит за кровоизлияние. Повышение его наступает уже в первые сутки после инсульта и может быть наблюдаемо до 4 недель после начала заболевания. С. С-в.

236. *О вредном действии брома.* По V. J. Wile (Journ. of Amer. Med. Ass., 1927, № 5), даваемый внутрь бром лишь с трудом проходит через почечный эпителий, и потому бромистые соли легко накапливаются в тканях, причем вытесняют хлориды, хлориды быстро выделяются, и это вызывает недочеты в хлоре. Наоборот, в случаях отравления бромом внутривенное вприскивание поваренной соли в физиологическом растворе ведет к выделению брома из тканей, причем иногда наблюдается сильное раздражение почек. Это вытеснение брома хлоридами имеет следствием быстрое благоприятное воздействие на припадки отравления бромом, особенно на те, которые касаются нервной системы и кожи. Начальная доза раствора NaCl не должна превышать 100—150 кб. стм., а при хорошей терпимости эта доза может быть повышена до 300—400 кб. стм. дважды в неделю. Полезно одновременное применение х-лучей. С. Г-в.

237. *Лечение икоты.* Sheldon (Journ. of Amer. Med. Ass., 1927, № 14) в 11 случаях тяжелой икоты (1 сл. эпидемической икоты, 2 сл. икоты во время или после обычного наркоза и 8 сл. икоты после лапаротомий и цистотомий) применял ингаляции углекислоты в пропорции 5—5,6%, к воздуху или кислороду. Икота проходила или во время вдыханий, или спустя различные сроки после них,—в некоторых случаях совершенно. Ингаляции эти повышали кровяное давление и вызывали сильное утомление дыхательных мышц, после них часто наступал значительный упадок сил, почему у очень слабых субъектов применение их не рекомендуется. Так как, однако, больной при этом остается в сознании, то ингаляции могут быть, по его требованию, прерваны в любое время. В большинстве случаев больные благодарили за применение этого способа, так как икота прекращалась у них уже после 2—8 вдыханий CO₂. С. С-в.

238. *К технике оперативного лечения мозговых опухолей.* Л. Пуссен (реф. Journ. de chir., 1927, № 2), базируясь на собственном 25-летнем опыте и наблюдениях над 500-ми опухолей мозга, из которых 420 были оперированы, рекомендует при этих опухолях оперировать больных в боковом положении, которое предотвращает потерю цереброспинальной жидкости; в дорзальном положении он оперирует лишь височные опухоли, а от сидячего положения совершенно отказался. Он придает при этом большое значение температуре операционной, предпочитая оперировать при 18°—20°. Для наркоза П. до 1909 г. употреблял хлороформ, затем местную анестезию, а теперь прибегает к эфиру (86 случаев без осложнений). Первным и возбужденным больным автор вприскивает перед операцией морфия, при ослабленном сердце применяет инъекции стрихнина, при местной анестезии прибавляет скополамин. Что касается техники операций, то автор рекомендует прибегать к швам на кожу для предварительного гемостаза, костную резекцию после трепанации производит щипцами Dahlgren'a, всегда вскрывает твердую мозговую оболочку, но не прибегает к немедленному извлечению опухолей, а является сторонником физиологической энуклеации последних, состоящей в надрезывании мозга над опухолью с последующим зашиванием кожи; через две недели после этого опухоль обыкновенно выталкивается мозгом на периферию, как инородное тело, и легко может быть извлечена. При кровотечениях во время операций П. вводит тампон на 24 часа. К палиативной трепанации он прибегает все более и более редко (тогда как раньше у него на 16 мозговых опухолей было 5 декомпрессивных трепанаций, в последние 5 лет на 60 случаев он применил декомпрессивную трепанацию лишь 2 раза). Чтобы снизить мозговое давление, автор советует прибегать к слабительным, мозговые грыжи лечит пункциями. П. Шидловский.

239. *О лечении шизофрении прививками малярии.* Уже в старинной медицинской литературе есть указания на благотворное влияние инфекционных заболеваний на течение психозов. В 1879 г. Розенблюм (Одесса) первый стал прививать душевнобольным возвратный тиф и на 22 случая имел 11 выздоровлений и 3 улучшения (остальные 8 случаев без изменений). В 1917 г. начал прививать малярию при прогрессивном параличе Wagner Jauregg. Неоднократные наблюдения над шизофрениками, которые под влиянием случайной инфекции (ангина, сыпной тиф) клинически выздоравливали, заставили Wisel'a и Mar-