

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 впрыскивание 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 может быть, по его требованию, прервана в любое время. В большинстве случаев больные благодарны за применение этого способа, так как икота прекращалась у них уже после 2—8 вдыханий CO<sub>2</sub>. 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). Первым и возбужденным больным автор впрыскивает 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 Dahlgen'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 кровотечении 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 Wise'я и Mar-

kusze wicz'a (Warsz. Czasop. Lek., 1927, № 7) испытать прививку малярии у 46 пизофреников, из которых у 27 наблюдения уже закончены. На основании этих наблюдений авторы приходят к заключению, что прививка малярии дает стойкие ремиссии в острых и свежих случаях шизофрении—повидимому, вследствие того, что малярия действует благотворно на дисфункцию желез внутренней секреции. В случаях старых, где имеются уже стойкие анатомические изменения в мозгу, малярия лечебного эффекта не дает.

М. Вайнберг.

### к) Сифилидиология.

240. *Гематогенная инфекция при сифилисе.* Вопрос о заразительности крови сифилитиков решен сравнительно недавно, причем экспериментальными работами Hoffmann'a, Neisser'a, Arz't'a, Kerl'я и др. эта заразительность доказана почти во всех стадиях сифилиса. Автору пришлось наблюдать весьма редкий случай гематогенной инфекции при lues'e. Больной, страдавший тяжелой анемией, в одном Московском лечебном учреждении было сделано переливание крови от неизвестного донора; спустя 2½ месяца после переливания, у нее развился цветущий вторичный сифилис (розеола, специфическое увеличение желез, положительная WR в крови); первичный склероз отсутствовал; несомненно, здесь был, т. о., syphilis d'embl'e'e (гематогенный сифилис без шанкра). Автору удалось розыскать и донора; это оказалась латентная сифилитичка с отрицательной WR в крови. С этой стороны данный случай приобретает особый интерес: он свидетельствует, что при латентном сифилисе вирулентность где-то в организме дремлющей spig. pallida при поступлении ее в кровяной ток может быстро повышаться. (Нельзя ли тут провести аналогию со spig. Obermeier'a? Ведь теперь устанавливается, что и эта последняя, в различных приступах рекуррента, является биологически-различной. Ре ф.).

А. Вайнштейн.

241. *Новая кровяная проба на сифилис.* L. d'A m a t o предлагает (Riforma med., 1927, № 22) новую кровяную пробу на сифилис. Подкожные или внутривенные впрыскивания растворимых препаратов ртути, препаратов висмута или неосальварсана вызывают у сифилитиков, специфическим образом, гемокластический шок, причем наиболее постоянным проявлением его бывает лейкопения. Эта реакция в преобладающем большинстве случаев сифилиса бывает положительной, и только очень редко, в особенности после интенсивного противосифилитического лечения, отрицательной. У людей здоровых или страдающих иными болезнями впрыскивание указанных препаратов почти никогда не дает гемокластического шока, а часто даже легкий лейкоцитоз. Энергическое и длительное лечение сифилиса делает реакцию отрицательной, хотя менее легко, чем реакцию W. Впрыскивание протсинов (кровяной сыворотки, обеспложненного молока и пр.) не дает реакции никогда. Вследствие своего постоянства реакция эта является ценным диагностическим средством, имеющим особое биологическое значение, так как она наступает у людей, не сенсibilизированных искусственно. При уменьшении числа лейкоцитов на 1000 реакция считается положительной, на 600—800—слабо-положительной или сомнительной, на 2000—сильно положительной и выше, чем на 3000,—очень сильно положительной.

С. С. в.

242. *Реакция Sachs'a-Georgi в обстановке уездной лаборатории.* М а л и н о в с к и й (Венер. и Дерм., 1927, № 12) в уездном вендиспансере воспользовался для серодиагноза сифилиса реакцией Sachs'a-Georgi и провел 703 исследования, работая с чужим антигеном и кустарно устроенным агглютиноскопом. В начале статьи автор приходит в чрезвычайный восторг от указанной реакции и считает, что она может занять самостоятельное положение в серодиагностике сифилиса, в конце же сознается, что и эта реакция требует известного технического оборудования и серологического опыта. (Современная инструкция по серодиагнозу сифилиса, как известно, не разрешает пользоваться для него одной осадочной реакцией без параллельной постановки RW. Ре ф.). „На пути SGR встречается много препятствий...“ „Ее никто не знает в провинции...“,—говорит М. (Самое главное препятствие на пути серодиагноза сифилиса, однако,—это слишком упрощенный подход к нему столь размножившихся в последнее время уездных серологов. Ре ф.).

А. Вайнштейн.

243. *О неосальварсанае.* Одним из крупных недостатков неосальварсана является трудность внутривенного его введения у маленьких детей и тучных субъектов с плохо развитыми венами, а также резко выраженная идиосинкразия