

той крови, как восполняющее дефект после кровопотери (при этом учитывается то обстоятельство, что красные кровяные шарики, будучи перелиты в кровяное русло другого человека, продолжают долгое время жить здесь); 2) действие перелитой крови, как hämostipticum, и 3)—как сильнейшего раздражителя кроветворных органов. Отсюда и главные показания для переливания крови. Последнее заслуживает применения, во-первых, при острых кровопотерях, особенно повторяющихся. В этих случаях сказываются первые два свойства перелитой крови. Сюда относятся случаи желудочных и кишечных кровотечений, кровотечений при внепочечной беременности, кровотечений из пузыря при папилломах и т. д. Особенно хорошие результаты наблюдаются, далее, от применения переливания крови при гемофилии. Наконец, при злокачественном малокровии переливание крови дает на некоторое время значительное облегчение симптомов и резкое улучшение общего самочувствия больных. В случаях последнего рода переливание крови совершается небольшими порциями—по 150,0—200,0, но и много раз—до десяти. Конечно, полного излечения этой болезни не наступает, но роковой конец оттягивается на сравнительно большой срок—до 2½ лет.

На этом я заканчиваю свое сообщение обо всем виденном мною в Берлине. Хочу только в заключение сердечно поблагодарить своих зарубежных товарищей за их гостеприимство и полную готовность помочь в деле ознакомления с их достижениями в области родной нам дисциплины.

## Рефераты.

### а) *Анатомия.*

101. *Нервы сердца.* Проф. В. П. Воробьев (по отч. во Вр. Газ., 1925, № 23) демонстрировал, в экстренном заседании Берлинского Мед. Общества, нервы сердца на препаратах, приготовленных по его способам просветления тканей, элективной окраски нервов и просвечивания макроскопических препаратов. Докладчик установил, что сердце (у человека) окружено сетевидным нервным мешком, состоящим из шести отделов, связанных на предсердиях с узлами и узловыми полями, каковые отделы, анастомозируя между собою, все же резко дифференцируются друг от друга. От этой сети отходит веточки в мускулатуру сердца, к сосудам его и к пучку His'a - Tawara.

В. С.

### б) *Физиология.*

102. *Содержание воды в крови после питья* Magh (Klin. Woch., 1925, № 49) определял по количеству Нв, пользуясь колориметром В ü r g e r'a. Оказалось при этом, что после питья кривая Нв в первые 20—40 мин. круто падает—начальное разведение, потом, через 50—80 мин., поднимается—часто до исходной высоты, а за этим подъемом следует опять падение—вторичное разведение. Падение кривой после питья идет непропорционально количеству выпитой жидкости: иногда после 50,0 наступает почти такое же падение, как и после 500,0—2000,0. Это указывает на невозможность разведение крови свести исключительно на процесс всасывания: надо думать, что прием жидкости дает лишь толчок к сложному обмену между кровью и тканями. Подъем Нв, следующий за первоначальным разведением, также нельзя объяснить выделением мочи, так как он начинается раньше подъема кривой диуреза, которая в дальнейшем не следует точно кривой Нв. Диурез после питья нельзя т. о. ставить в простую зависимость от разведения крови. С. Репников.

103. *Фазы действия гормонов.* Исходя из положений школы К r a u s'a, установившей значение электролитов, как момента, определяющего течение жизненных процессов в организме.—с одной стороны и на основании экспериментальных данных об антагонизме между инсулином и адреналином—с другой, В. М. К о г а н, К а м е н е в и М а н ц (Пр. Врач., 1925, № 5) поставили ряд опытов для изучения влияния инкретов на отделение слюнных желез в различной комбинации инсулина, адреналина и электролитов К и Са. Опыты эти привели авторов к заключению, что гормоны, напр., адреналин, имеют не одну и не две, а несколько фаз действия в зависимости от условий среды, в которые они попадают, и что действие инкретов на органы и системы органов выражается в весьма различных по качеству реак-

циях в зависимости от электролитного состояния среды и совокупности целого ряда условий, в которых данному гормону приходится действовать. Этим объясняется, между прочим, различное влияние инсулина на одного и того же больного в зависимости, напр., от утомления и т. п., а также парадоксальное действие инсулина, отмеченное разными авторами.

*Р. Лурия.*

104. *Действие инсулина на капилляры и секрецию кожи.* Jürgensen и Noorden (Klin. Woch., 1925, № 50) наблюдениями на человеке установили, что подкожное введение инсулина ускоряет кровообращение в капиллярах кожи, какое ускорение длится 4—6 часов и сменяется замедлением, с расширением капилляров. В отношении секреции кожи, по наблюдениям авторов, в ранних стадиях диабета обнаруживает повышенную возбудимость (гиперсекрецию), в более поздних—пониженную (гипосекрецию).

*С. Репников.*

### 6) Внутренние болезни.

105. *К этиологии и лечению ожирения.* Leven (Presse med., 1925, № 100) указывает, что исследования последних лет об ожирении токсическом, glandулярном, инфекционном, нервном и пр.—подтверждают его давнишнее мнение о сложности патогенеза ожирения и о невозможности свести его исключительно к вопросу о калориях. По его убеждению в основе ожирения лежит нарушение правильной функции особого центра в мозгу, регулирующего разрушение жира. С этой точки зрения понятно, почему больные худеют, когда, не уменьшая притока калорий, мы стремимся устранить у них диспепсию, причина которой часто кроется далеко от желудка. К своему способу лечения покоем в постели и диетой Leven прибавляет дыхательные упражнения, отмечая, что, если респирация недостаточна, то похудание больных идет медленно, или его вовсе не происходит. Упражнения заключаются в глубоких выдохах, которые производятся сериями по 5 выдохов через  $\frac{1}{2}$  часа так, чтобы в день было 15—20 серий.

*С. Репников.*

106. *Лечение базедовой болезни инсулином.* Исходя из своих экспериментальных работ об антагонизме между инсулином и другими гормонами, в частности тиреоидном, В. М. Коган (Клин. Мед., 1925 г., № 7) сделал попытку лечить инсулином базедову болезнь и в 6 случаях видел не только улучшение самочувствия больных и уменьшение субъективных жалоб, но и объективное улучшение болезни: уменьшение пучеглазия, зоба, прибавление больных в весе, исчезание поносов, появление нормальной менструации. Лечение инсулином начинается с малых доз и достигает 50—60 единиц в день, не вызывая побочных явлений, причем гипогликемия не является противопоказанием к этому лечению.

*Р. А.*

107. *Затяжной эндокардит.* С. С. Миндлин (Сов. Мед. на Сев. Кавк., 1925, № 11—12) находит, что заболевание это не представляет собою отдельной этиологической единицы, ибо его возбудителем может быть не только streptococcus viridans, но и другие виды стрептококка, а также стафилококк. При затяжном эндокардите могут иметь место как аортальные поражения, так и поражения митрального клапана. Для диагностики болезни решающее значение имеет анамнез больного, указывающий на медленное, постепенное развитие болезни. При производстве посева из крови надо брать большие количества последней—не менее 5—10 куб. сант. Прогноз при endocarditis lenta, как правило, неблагоприятный.

*В. С.*

108. *Лечение endocarditis lenta сывороткой.* Stahl и Nagell (Klin. Woch., 1925, № 50) из штамма стрептококка, выкультивированного из крови больного с endocarditis lenta, приготовили вакцину с содержанием 100 миллионов зародышей в 1 куб. см. Этой вакциной они иммунизировали здорового человека, сыворотку которого и применили для лечения больного с данным заболеванием. Действие сыворотки сказалось в понижении  $t^{\circ}$ , улучшении общего самочувствия, прибавке в весе, увеличении числа эритроцитов и гемоглобина. О длительности действия авторы окончательно не высказываются.

*С. Репников.*

109. *Перкуссия нормальной и патологической аорты.* Elias (Klin. Woch., 1925, № 50) описывает перкуторные картины, получающиеся при выстукивании аорты при ее нормальном состоянии и расширении различных ее отделов. Нормальная аорта, по J a g i é - K r e u z f u c h s' y, дает участок относительной тупости над грудным концом II ребра слева, почти круглый, поперечником в 1—2 см.; тупость усиливается при наклонении тела вперед. При расширении и смещении