

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.

в) 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° , 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