

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  $t^{\circ}$ , 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

восходящей части аорты обнаруживается притупление в III межреберье справа, а при мешкообразной аневризме на грудине, на соответствующем уровне, при тихой перкуссии можно бывает установить круглый участок абсолютной тупости; относительная тупость над правой половиной грудины и в III межреберье усиливается при наклонении вперед, уменьшается при глубоком вдохе, что дает возможность отличия от струмы. Другой участок тупости, шириной в 2—5 см., длиной в 3—7 см., обнаруживается сзади и справа, у остистых отростков I, II и III грудных позвонков. Тупость эта при глубоком дыхании не смещается вверх и вниз, но проясняется при глубоком вдохе и наклонении вперед, при глубоком же выдохе и одновременном втягивании покровов живота становится резче. При расширении дуги аорты появляется притупление над рукояткой грудины, а тупость J a g i e-K r e u z f u c h s'a выигрывает в объеме и интенсивности. Наконец, при заболевании нисходящей аорты появляется тупость, шириной в 2—3 пош. пальца и больше, сзади и слева у остистых отростков IV—V или III—VI грудных позвонков; над остистыми отростками звук нормален, при вдохе и наклонении вперед тупость уменьшается.

С. Репников.

110. *Диететика желудочных заболеваний.* До настоящего времени диететика желудочных заболеваний основывалась почти исключительно на грубом эмпиризме, обычаях и привычках повседневной жизни, и лишь очень немногие вопросы ее были научно проработаны в лабораториях и клиниках. Molner и Porges (Arch. f. Verdauungskr., Bd. 36, N<sup>o</sup> 1/2) поставили себе задачей точным экспериментальным путем проверить значение разных диететических методов лечения, применяемых в настоящее время, и поставили целый ряд опытов на людях со здоровыми и больными желудками с назначением им пищевых веществ в той или иной комбинации. Результатом этих наблюдений явился ряд точно обоснованных диететических правил. По данным авторов переваривание жиров облегчается, если они интимно смешаны с крахмалистыми веществами: последние способствуют эмульгированию жиров и повышают кислотность желудочного содержимого. Наоборот, переваривание черного хлеба идет лучше, если одновременно даются жиры (хлебная масса в присутствии жира лучше размельчается). Переваривание сыра улучшается при одновременном употреблении крахмалистых веществ, в особенности черного хлеба. Авторы экспериментально обосновали, далее, старое практическое правило о лучшем переваривании несвежего хлеба по сравнению с только что вынутым из печи.

А. Миркин.

111. *К распознаванию хронического аппендицита.* В виду отсутствия в картине хронического аппендицита ясной симптоматиологии Ehrlich (Arch. f. Verdauungskr., Bd. 36, N<sup>o</sup> 1/2) предлагает в неясных случаях впрыскивать больным с диагностической целью 0,6—0,7 новопротина. При наличии хронически рецидивирующего аппендицита, после этого резко усиливаются боли в области слепой кишки, и повышается  $\text{pH}$ , что является несомненным признаком действительного наличия хронического воспалительного состояния червеобразного отростка. Изучая у таких больных на операционном столе отросток, Е. всегда находил его свежегиперэмированным, что является выражением рецидива заболевания от новопротина. У другого ряда больных с подозрением на хронический аппендицит автор впрыскивал новопротин 2—4 раза по 0,2 с однодневными промежутками, причем болезненные явления в области слепой кишки уменьшались и часто даже совсем исчезали; автор считает это также доказательством наличия хронического аппендицита.

А. Миркин.

## г) Бактериология и инфекционные болезни.

112. *Изменчивость микробов.* П. В. Гах (Проф. Мед., 1925, № 12) находит, что среди явлений изменчивости, наблюдаемых у микробов, чаще всего имеют место чистые, не передающиеся последующим поколениям модификации (т. наз. «фенотипические вариации»), зависящие от различных внешних факторов. Влияющих на развитие данной культуры. Реже у микробов встречаются сложные явления изменчивости, при которых новые признаки могут передаваться последующим поколениям. В виду невозможности убедиться, благодаря несовершенству нашей методики, в истинной природе каждого из явлений изменчивости этой последней группы, автор, несколько не сомневаясь в возможности истинной мутации микробов, все же думает, что для всей этой сложной группы надобно принять название «длительных модификаций». Как это вытекает из целого ряда чисто-эпидемиологических наблюдений и достаточного количества экспериментальных данных, изменчивость