

Очень часто у больных встречались случаи казеозного поражения желез шеи; можно даже сказать, что набухание шейных желез, похудание и ускорение пульса являлись самыми ранними признаками инфекции. Обращает внимание редкая сравнительно локализация тbc в мозговых оболочках. Картина хронического тbc наблюдалась всего в 5% случаев. Вообще течение тbc у негров было совершенно своеобразное и во многом отличалось от течения раннего детского тbc, с которым обычно сравнивают тbc цветных рас.

М. Мастбаум.

232. *Значение тbc в этиологии иридо-циклитов.* На основании своих многолетних наблюдений Meller (Wien. kl. Woch., 1926, № 12) приходит к убеждению, что большая часть хронических, вялых иридо-циклитов как у молодых, так и у старых субъектов имеет тbc происхождения. Для этого вовсе не требуется наличия какой-либо тяжелой формы тbc, — чаще у больных имеются лишь остатки завершенного процесса в верхушках, причем иридо-циклит здесь бывает обычно обязан своим происхождением имеющемуся где-нибудь в организме другому, активному focusу, откуда и поступает в глаз специфическая инфекция. С другой стороны, конечно, и при положительных указаниях на активный процесс в легких или железах нельзя утверждать, что именно тbc является причиной заболевания, особенно, если тут же имеются налицо и другие этиологические моменты. Для дифференциальной диагностики М. пользуется подкожным введением All-tuberkulin'a или, вместо последнего, — Tebergrün'a, предложенного G o e n i s s e n'ом. Местная реакция в глазу является надежным указателем тbc этиологии иридо-циклита. Туберкулин же автор рекомендует и для лечения хронических тbc иридо-циклитов, причем, в виду особой чувствительности больного глаза к данному средству, следует, при проведении этого лечения, избегать местной реакции, ибо она ухудшает симптомы болезни. Вообще лечение это надо проводить с величайшей осторожностью. Строго рекомендуется при нем избегать даже и незначительных повышений т°. Необходимо также следить за весом больных, прибавление которого является благоприятным признаком.

В. Адамюк.

233. *К диагностике начальных стадий тbc.* Михайлов (Вопросы туберкулеза, 1925, 3) наблюдал, что при выписывании туберкулина у здоровых людей количество эозинофилов в крови не изменяется, у туберкулезных же и подзрительных по тbc падает. Туберкулиновая реакция в инфицированном организме вызывает явления, напоминающие анафилактический шок; отсюда близка мысль использовать эту реакцию эозинофилов для решения вопроса об активности процесса.

М. Мастбаум.

234. *Реакция отклонения комплемента при диагностике тbc.* Диагностика тbc у некоторых домашних животных, могущих служить источником заражения человека, представляет иногда большие трудности. Туберкулиновая проба у тbc собак дает положительный результат лишь в 60—65% случаев, а у кошек — в 27—30%. U r b a i n (Ann. de l'Inst. P a s t., 1925, № 9), применив для диагностики тbc у собак метод отклонения комплемента, нашел, что сыворотка тbc животных дает с антигеном Б e з р e д к о положительную реакцию в 100% случаев; сыворотка клинически здоровых в 97% случаев дает отрицательную реакцию. Таким образом реакция отклонения комплемента при указанных выше обстоятельствах может быть рекомендована, как очень хороший способ для диагностики тbc.

Логинов-Полиновская.

235. *К диагностике активного тbc у детей.* R u p p r e c h t (D. m. W., 1926, № 11) исследовал 122 случая детского тbc при помощи реакции отклонения комплемента и пришел к отрицательным выводам. Точно также не решают вопроса об активности тbc процесса реакции преципитации и агглютинации по F o r n e t. Реакция оседания эритроцитов и определение липазы имеют известное практическое значение, но тоже не решают вопроса об активности тbc. С большой осторожностью автор оценивает и туберкулиновые реакции, как показатель активности процесса; понижение чувствительности при повторной инъекции в активных случаях встречается, по его наблюдениям, часто, но не всегда. В оценке рентгеновских данных необходимо помнить, что у детей часто встречаются доброкачественные экссудативные формы, способные к обратному развитию.

М. Мастбаум.

236. *Саноокризин при тbc.* В №№ 4 и 5 Deut. med. Woch. за тек. год целый ряд статей посвящен саноокризину. По опытам Neufeld'a средство это лишь в узком круге случаев проявляет свое целебное действие, — преимущественно в тех

случаях, где тbc бактерии лежат не в фиброзных гнездах, а свободно и потому более доступны. Клинические наблюдения Крауса, Сзегпу и Фридеманна заставляют этих авторов настаивать, чтобы новые инъекции санокризина не производились прежде, чем совершенно стихнут явления реакции на предыдущие выскывания; начинать лечение санокризином, по этим авторам, надо с 0,05—0,1 в лихорадочных случаях и с 0,1—0,25 в афебрильных; наивысшая разовая доза для мужчин 0,75—1,0, для женщин 0,5—0,75. Фридеманн, Квашневский и Дейсхег видели от санокризина улучшение в 43%, преимущественно в свежих эксудативных случаях. Нейюс считает сыворотку, которую Мёллгард рекомендует вводить одновременно с санокризином для нейтрализации освобождающихся эндотоксинов, совершенно излишней. Клемперер, считая санокризин при осторожном, постепенном применении совершенно безвредным, думает, что средство это действует не бактерицидно, а изменяя ткани,—так же, как, вероятно, действует туберкулин.

В. Сергеев.

237. К вопросу о лечении хирургического тbc. Арихбаев (Вестн. Хир., 1926, кн. 17—18), установив нормальное состояние липолитического индекса на 30 человеках с разнообразными болезнями и перейдя затем к определению липазы в крови 9 разнообразных больных и 1 здорового субъекта, подвергнутых действию раздражающих доз рентгеновских лучей на надпочечник, вызвавших его гиперфункцию, закончил свои исследования наблюдениями над 5 больными с различными формами хирургического туберкулеза, из коих троем производилась одновременная рентгенизация надпочечников с подкожными инъекциями нейтрализованного от жирных кислот рыбьего жира, одному—только инъекции нейтрализованного рыбьего жира и одному—лишь оперативное пособие. Автор суммирует свои наблюдения таким образом: 1) Комбинированное лечение рыбьим жиром и освещением надпочечника дало удовлетворительные результаты у больных с повышенным обменом и астенической конституцией. 2) Гипопластическая конституция с пониженной выносливостью к жирам результата не дала. 3) В случаях улучшения состояния больного замечается рост липолитического фермента, как показателя устойчивости жирового обмена. 4) Необходимо изучать каждого туберкулезного больного с точки зрения обмена веществ, в соответствии с чем вести терапию (активную или консервативную) и его диететику. 5) Больные с нарушением секреции эндокринных желез и нарушением, вследствие этого, обменом веществ нуждаются в специфической (гормональной) терапии. 6) Раздражение надпочечника рентгеновскими лучами влияет на жировой обмен в сторону его повышения, что и сказывается ростом липолитического фермента. 7) Раздражение надпочечника не дает результатов у лиц с гипопластической конституцией по причине, очевидно, гипоплазии коркового вещества надпочечника.

М. Фридланд.

е) Внутренние болезни.

238. Лечение ожирения. Вауог (Wien. klin. Woch., 1926, № 12) получил очень хорошие результаты от лечения ожирения новазуролом, вводимым интраглютеально в количестве 1—2 куб. сант. каждые 6 дней. Лечение является показанным лишь у больных со здоровыми почками и не проявляющих идиосинкразии к новазуролу (выпрыскивание 1 куб. сант. не ведет к развитию ни гингивита, ни альбуминурии и т. п.). Для успеха лечения автор рекомендует одновременное соблюдение след. правил: 1) больной должен спать не более 7 ч. в сутки; 2) после еды он должен проделывать от 5 до 10 мин. гимнастические упражнения; 3) ему следует ежедневно по 1—2 ч. гулять, подниматься на горы, всходить по лестницам и т. п.; 4) он должен следить за тем, чтобы иметь стул 2 раза ежедневно; 5) ему надо соблюдать бедную водою и солью диету; 6) кушать он должен впроголодь.

В. Сергеев.

239. Инсулин при лечении откармливанием. Vogt (Münch. m. Woch., 1926, № 1) применяет в этих случаях инсулин след. образом: инсулин вводится 2 раза в день за $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа до обеда и ужина, 6 ч. в подкожную жировую клетчатку на наружной поверхности бедра. В первый день вводится 5—10 ед., причем надо помнить, что реакция на инсулин бывает весьма различна, на второй день—10—20 ед.; затем суточная доза втечении первой недели медленно поднимается до 40 ед. Улучшение аппетита является лучшим мерилем успешности лечения. На 2-й неделе обычно сохраняется доза в 40 ед., на 3-й—лечение ведется теми же дозами или их поднимают до 50—60 ед. Дозы в 80—100 ед. едва-ли бывают нужны.