

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 экссудативных случаях. Нейюс считает сыворотку, которую Милгаард 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 гиполастической конституцией по причине, очевидно, гипоплазии коркового вещества надпочечника.

М. Фридланд.

е) Внутренние болезни.

238. Лечение ослерения. 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, б. 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.