

Рефераты.

а) Морфология, биология и пр.

К методике исследования крови. Под миэлобластиками подразумевают обычно незернистые костномозговые клетки, которые одними авторами рассматриваются, как нормальные предварительные стадии миелоцитов, другими—как патологические формы последних. В виду того, что практиковавшаяся до сих пор окраска срезов кроветворных органов не давала уверенности в полном выявлении зернистых форм, Ellermann'ом (Virchow's Arch., Bd. 244) был предложен более совершенный способ окраски, который дает возможность констатировать зернистые и малозернистые формы лейкоцитов не только в костном мозгу, но и в других органах, напр., в почках, соединительной ткани, желудочной стенке. Метод этот состоит в следующем: 1) фиксирование кусочков, толщиной около 2 милл., в течение 24 ч. при комнатной t° в Helly—Максимовской жидкости; 2) промывание в текущей воде 24 ч.; 3) алкоголь (70,93,99°), ксилол, парафин, срезы толщиной в 5 микрон.; 4) обработка срезов ксилолом, абсолютным алкоголем и водой, просушить фильтровальной бумагой; 5) предварительная окраска в формол-эозине 15 (нейтральн. формалин 0,25 куб. с., 10% водный раствор эозина 5 куб. с.); 6) дистиллированная вода 4'; 7) окраска 0,5% эозинокислой метиленовой синькой на метиловом спирте—30'; 8) дистиллированная вода 5—10'; 9) ксилол, дамаровая смола в ксилоле. На основании своих опытов автор думает, что миэлобласти не являются обязательными предварительными стадиями миелоцитов, так как он нашел многочисленные митозы во вполне зернистых миелоцитах, которые, следовательно, размножались, как таковые. По его мнению при известных патологических условиях имеет место недостаточная продукция нейтрофильных зерен в миелоцитах, и вместо типичных миелоцитов появляются частично-зернистые и вовсе незернистые формы (миэлобласти).

В. Вланк.

б) Внутренние болезни.

Диагностическое значение картины крови. Определение лейкоцитарной формулы по Schilling'у приобретает все большее и большее сторонников. Holzer и Schilling (Beitr. z. path. Anat., Bd. 71) на основании обследования 100 случаев, придерживаясь принципов Schilling'a, приходят к следующим выводам: 1) определение отношения юных форм нейтрофилов к сегменто-ядерным (КJ) наряду с определением количества лейкоцитов в 1 куб. милл. имеет большое диагностическое значение; 2) классификация Arneeth'a излишня, более простая классификация по Schilling'у совершенно достаточна для определения сдвига влево, причем авторы различают: нормальное отношение—КJ 0,06, сдвиг I ст.—КJ 0,11—0,25, сдвиг II ст.—КJ 0,26—0,4, сдвиг III ст.—КJ выше 0,4; 3) отношение числа нейтрофилов к числу лимфоцитов LVQ, в норме 67, имеет диагностическое и прогностическое значение; 4) все неврозы, особенно желудочно-кишечного тракта, дают нормальные числа КJ и LVQ.

тяжелые энтериты и кровотечения на почве язв желудка дают LVQ I ст.; нормальные KJ и LVQ или LVQ ниже 1,5 после кровотечений представляют благоприятный признак; 5) лейкопения при тифе и гриппе при осложнениях сменяется лейкоцитозом с ZVQ I или II ст.; 6) длительные и высокие цифры KJ и повышение LVQ всегда прогностически - неблагоприятны, бронхиальная астма дает благоприятный прогноз при высокой эозинофилии и лимфоцитозе, на недостаточное число эозинофилов или их отсутствие нужно смотреть, как на неблагоприятный симптом; 7) сепсис при высоких KJ и LVQ и при нормальном количестве лейкоцитов дает плохой прогноз; 8) в крови детей констатируется лимфоцитоз. В. Бланк.

На лечение сахарного диабета инсулином. Среди многочисленных исследований над действием открытого Banting'ом инсулина, — гормона, регулирующего углеводный обмен веществ, — особенного внимания заслуживают, конечно, наблюдения v. Noorden'a, одного из творцов современного учения о диабете. Noorden и Isaac (Klin. Woch., 1923, № 43) дают сводку своих наблюдений над 50 диабетиками, леченными инсулином. Авторы уже с самого начала подчеркивают, что превосходство лечения инсулином в сравнении с другими методами лечения диабета не подлежит никакому сомнению, как в смысле влияния на гликозурию, так и в отношении ацидоза. Предпосылкой правильного лечения инсулином, достигающего наилучших результатов, авторы, однако, — как и все клиницисты, применявшие инсулин в других странах, — считают одновременное проведение соответствующего диететического лечения. Это необходимо подчеркнуть потому, что самая доза инсулина находится в теснейшем соотношении с количеством и составом получаемой больным пищи и должна быть строго индивидуальной. Для диабета средней тяжести в начале лечения доза инсулина должна равняться 20—30 единицам. Так как нет возможности доставлять гормон так, как это имеет место в организме, т. е. постоянно и соответственно потребностям углеводного обмена, и так как действие инсулина продолжается всего 3—4 часа, впрыскивания должны производиться 3 раза в день *перед* завтраком, обедом и ужином. Авторы подчеркивают, что особенно хорошо на лечение действует периодическое назначение безуглеводных дней при соответствующем уменьшении дозы инсулина, однако, из опасения гипогликемии, рекомендуют такое лечение проводить только в клинической обстановке. Сравнивая результаты одного диететического лечения диабета с результатами одновременного лечения инсулином, N. и J. приходят к заключению, что в тех случаях, где диететическими методами не удалось уменьшить гликозурию, инсулин давал желаемый результат. Как только доза инсулина начинает превышать необходимую в данном случае и при данном подводе углеводов, появляется гипогликемия, клинически выявляющаяся в симптомах раздражения нервной системы (общая слабость, дрожание, раздражительность, потливость и т. д.); если при этом не будут приняты своевременно соответствующие меры (виноградный сахар, адреналин), дело доходит до тяжелых мозговых явлений, судорог и потери сознания. Авторы останавливаются, далее, на поразительном действии инсулина на обра-