

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.

К лечению сахарного диабета инсулином. Среди многочисленных исследований над действием открытого Banting'ом инсулина, — гормона, регулирующего углеводный обмен веществ, — особенного внимания заслуживают, конечно, наблюдения в. 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 удавалось уменьшить гликозурию, инсулин давал желаемый результат. Как только доза инсулина начинает превышать необходимую в данном случае и при данном подвозе 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-

зование кетоновых соединений, которые под влиянием инсулина исчезают почти немедленно еще ранее, чем гликозурия; в нескольких случаях начинавшейся диабетической комы введение уже небольших доз инсулина устраняло опасность, угрожавшую жизни. Авторы полагают, что инсулин действует на функциональную деятельность печени, увеличивая ее способность образования и фиксирования гликогена. Они отмечают, что в начале лечения инсулином вес тела поднимается вследствие задержания в организме воды, причем механизм происхождения этого отека недостаточно выяснен. *Р. Лурия.*

## 6) Хирургия.

*Ограничение тампонации при гнойных заболеваниях.* Для усиления оттока гноя пользуются обычно марлевой тампонадой, но она несовершенна вследствие частого засыхания в кожном отверстии, благодаря чему образуется задержка гноя; кроме того при ней наносится травма, сопровождающаяся повреждением защитного грануляционного вала и болезненностью. Вieg видит в болях протест природы против тампонации; особенно опасна последняя по соседству с крупными сосудами и сухожилиями, которые могут при ней омертветь. Соколов (Вест. Хир., 1923, т. I) рекомендует производить тампонацию после разреза, не столько для улучшения отсасывания, сколько для остановки капиллярного кровотечения и для предупреждения могущего образоваться склеивания краев раны. Безусловно лечить без тампонов автор рекомендует все поверхностные гнойные процессы, распространяющиеся не глубже подкожной клетчатки. Особенно хорошие результаты получены им при лечении гнойных тендовагинитов кисти. При этом Соколов, на основании собственных клинических наблюдений, рекомендует делать не один разрез по средней линии сгибательной поверхности всего пальца с тампонадой, отчего в 83% наступает смерть сухожилия, а, по Кларр'у, 2 маленьких разреза по боковым сторонам сухожилия, без тампонады. Последовательное лечение сводится к горячим ваннам и ранним движениям. Смерть сухожилия при этом способе понизилась у него до 21,5%. *Н. Киптенко.*

*Местная анестезия по Gerson'y* (Реф. Врач. Газ., 1923, № 10). Кожа смазывается *acido carbolico liquef.* до побеления. Получается анестезия, продолжающаяся 1—2 часа, пригодная для мелких операций. Омертвения кожи при этом не происходит.

*Köhler'овская болезнь*, под которой описавший ее автор понимал своеобразно развивающуюся первичную дистрофию ладьевидной кости, привлекает за последнее время значительное внимание врачей. Клинически болезнь проявляется, по большей части, без продромальных явлений в детском (5—6-летнем) возрасте значительной болезненностью и слабостью стопы; часто при этом последняя устанавливается в положении супинации; свод повышается; реже свод, наоборот, уплощается; при надавливании особенно болезненна область *ossis navicularis*; нередко наблюдается легкая атрофия мышц голени. При рентгеновском исследовании констатируется