

костью переносит для своих многообразных целей грандиозную энергию с одного пункта земли на другой, пусть он уничтожает пространство для передачи его мысли, слова и т. д., и т. д.—и, однако же, тот же человек с этим же его умом, направляемым какими-то темными силами, действующими в нем самом, причиняет себе неисчислимы материальные потери и невыразимые страдания войнами и революциями с их ужасами, воспроизводящими межживотные отношения. Только последняя наука, точная наука о самом человеке,— а вернейший подход к ней со стороны всемогущего естествознания,— выведет его из теперешнего мрака и очистит его от теперешнего позора в сфере межлюдских отношений“.

Рефераты.

а) Внутренняя медицина

Лечение диабета голоданием. Проф. Isaac (Klin. Woch., 1923, № 5) останавливается на способах лечения диабета голоданием и недокармливанием, предложенных американскими авторами. Он совершенно отрицательно относится к способу Allen'a, который, как известно, в течение недели и больше оставляет своих больных без всякого питания. Автор указывает, что, если способ этот и ведет зачастую к быстрому обессахариванию организма и уничтожению ацидоза, то он вовсе не гарантирует затем дальнейшего более или менее стойкого повышения выносливости организма к углеводам. А между тем падение сил и питания больного является неизбежным следствием этого метода. Во всяком случае прежние способы, разработанные главным образом школой Noorden'a (голодные дни в течение 36—40 час., овощные и овсяные дни и пр.) дают безусловно нехудшие результаты, щадя в то же время силы больного. Большого внимания, по мнению автора, заслуживает метод Allen'a и Goslin'a с хроническим недокармливанием. При этом методе в течение немногих дней постепенно уменьшается дача больным всех видов питательных веществ, пока калорийный состав пищи не достигнет 80 К. в сутки. Затем день за днем количество даваемых пищевых веществ постепенно повышается до калорийной ценности их в 1800 К. в сутки. По наблюдениям автора этот метод дает зачастую возможность даже в тяжелых случаях диабета достигнуть уничтожения гликозурии и гипергликемии и до minimum'a редуцировать образование ацетоновых тел; особенно рекомендуется он, как подготовительный способ, в случае, если больным предстоит то или другое оперативное вмешательство. Но автор подчеркивает, что на способ A. и I. надо смотреть только как на один из методов, ведущих к обессахариванию организма, а не как на способ длительного лечения диабета, имеющего своей целью повысить выносливость организма к углеводам; для этого остаются в силе прежние способы, разработанные Naupun'ом, Noorden'ом и др. В своей статье автор указывает, между прочим, на полную необоснованность взгляда американских авторов о якобы вредном влиянии при диабете жиров в смысле

повышения ацитоза. В заключение автор вполне справедливо отмечает, что при лечении диабета более, чем где-нибудь, должна иметь место самая строгая индивидуализация каждого отдельного случая.

Тиреоидин при анемии. Unverricht (Klin. Woch., 1923, № 4) в ряде случаев простых анемий констатировал отсутствие эффекта от лечения мышьяком в смысле повышения эритропоэза, хотя вес больных увеличивался. Автору удалось отметить у этих больных наличие признаков гипотиреоза. Опираясь на известные экспериментальные данные о взаимоотношении между функцией щитовидной железы и кроветворением, он назначал своим больным сначала тиреоидин по 0,1—0,2 в день, а затем, когда терапия эта оказала свое влияние на миксэдематозные явления, применил лечение мышьяком. Вскоре после этого наступило значительное увеличение числа красных кровяных шариков. Отсюда автор рекомендует в случаях отсутствия действия мышьяка на картину крови иметь в виду возможность функциональной недостаточности щитовидной железы и применять здесь тиреоидин.

М. Чебоксаров.

Cholangia. Кроме воспаления желчных путей вследствие инфекции их—*cholangitis*—с макроскопически устанавливаемыми изменениями стенок желчных ходов вплоть до нагноения в них, Naunyn уже в 1919 году установил термин *cholangia*—для тех случаев инфекции желчных путей, где не удается патолого-анатомически видеть поражения стенок протоков. Несмотря на то, что инфекция может распространиться от *papilla Vateri* до тончайших желчных капилляров, стенки которых образуются самими печеночными клетками,—не только не удается видеть макроскопических изменений тканей, но даже гистологическое и бактериологическое исследование дают нередко отрицательный результат. Между тем инфекция желчных путей сопровождается своеобразными заболеваниями печени. Umber (Klin. Woch., 1923, № 13), останавливаясь подробно на клинике инфекционной холангии, полагает, что это заболевание возникает чаще гематогенно, чем посредством заражения через кишечник. К гематогенной инфекции относится, в частности, холангия у носителей брюшного тифа; Umber видел ее также при первичном полиартрите, причем из крови можно было выделить негемолизирующий стрептококк. При так наз. же катаральной желтухе Umber, в противоположность другим авторам, считает инфекцию в большинстве случаев происходящей не гематогенным путем, а путем восходящего заражения желчных путей—чаще всего бактериями из группы *b. coli*. Без резких границ холангия может перейти в поражение самой паренхимы печени, вызывая ряд заболеваний до подострых форм атрофии ее. Клинически *cholangia* отличается непостоянством желтухи, причем чаще наблюдается субиктерическая окраска; нередко, несмотря на наличие желтухи, кал имеет нормальную окраску; при хронических формах холангии могут также исчезать желчные пигменты и из мочи. Боли в области желчного пузыря, чувствительность его при ощупывании, *defense musculaire*, тяжелые припадки коликообразных болей—могут давать основание распознавать воспаление желчного пузыря или желчно-