

*Органотерапия сахарного диабета.* По наблюдениям Loening'a, при лечении сахарного диабета, помимо соответствующей диеты, нужно стремиться устранить те расстройства, которые зависят от недостаточности внутренней секреции поджелудочной железы. Как доказали Mering и Minkowski, последняя вырабатывает и доставляет в кровь вещества, повышающие разложение сахара. Wahle'n'у удалось выделить из коркового слоя железы однотакое вещество, названное им метаболином. Веществом этим, однако, нельзя пользоваться с лечебными целями, так как оно изменяется в кишках. Чтобы заменить его в терапевтической практике, Loening и Wahle'n (Deut. med. Woch., 1922, № 7) воспользовались тем обстоятельством, что в дрожжах содержится вещество, по своему действию стоящее очень близко к метаболину, причем из него может быть добыт дериват, не подвергающийся влиянию со стороны кишечных соков. Испытав этот дериват у нескольких диабетиков, названные авторы действительно получили прекрасные результаты, в смысле устранения гликозурии, но только в тех случаях, где диабет является последствием недостаточного расщепления сахара на почве недостаточной выработки поджелудочной железой метаболина.

B. Г.

*Остеофиты при беременности.* По Dreyfuss'у (Arch. f. Gynaek., Bd. 115) остеофиты у беременных образуются не так часто, как это обычно думают, — не более, как в 33% всех случаев беременности. Причину их образования, как и причину всех изменений, наблюдающихся в костной системе у беременных, автор ставит в связь с имеющим место при беременности увеличением гипофиза, допуская, однако, что и гипертрофия мозгового придатка, и изменения в костной системе у беременных могут быть результатами какого-то одного фактора.

B. Г.

*Гликозурия, как признак беременности.* Seitz и Jess (Münch. m. Woch., 1922, № 1) нашли, что при введении беременным (на II—VIII месяцах беременности) 100 граммов виноградного сахара у половины из них получается гликозурия. Авторы думают, однако, что этой пробой можно в практике пользоваться, лишь как вероятным признаком беременности.

B. Г.

*Пороки сердца при беременности.* По наблюдениям Wegenera и Stiglbauer'a (Arch. f. Gyn., Bd. 115) у беременных с митральным стенозом необходимо при первых же признаках декомпенсации прерывать беременность, не тратя времени на лекарственное лечение. При аортальных пороках, по наблюдениям тех же авторов, опасность прогрессивно возрастает с увеличением числа беременностей.

B. Г.

*Серодиагностика сифилиса у беременных.* Stühmer и Dreyer (Zeit. f. Geb., Bd. 84) отмечают ненадежность серологических исследований на сифилис у беременных и рожениц: благодаря расстройствам обмена, зависящим от печени и плаценты, при бере-

менности приблизительно в 10% имеет место неспецифическое торможение реакций на Iues.

В. Г.

*Этиология эклампсии.* Schönfeld (Arch. f. Gyn., Bd. 115) принимает, что в крови беременных имеются вещества, происходящие из плаценты, а именно, ферменты, амиотела и липоиды, причем липоидемия бывает особенно выражена при эклампсии. Основываясь на своих опытах с введением животным плацентарных вытяжек, этот автор думает, что в повышенном содержании названных липоидов и надо искать причину последней.

В. Г.

*Диагностика и терапия трубной беременности.* На основании разбора 152 оперированных случаев трубной беременности Löhnberg (Zeit. f. Geb., Bd. 84) определяет вероятность смешать трубную беременность с воспалительными заболеваниями придатков в 10%, причем в распознавании особенно значение придает анамnestическим указаниям на схваткообразные боли. Маточная беременность после внематочной имеет место в 6 раз чаще, чем беременность в другой трубе. Что касается терапии прервавшейся трубной беременности, то в настоящее время среди германских гинекологов существует тенденция утилизировать излившуюся в брюшину кровь для реинфузии в венозную систему, смешав ее предварительно, во избежание свертывания, с лимоннокислым Na. Автор горячо рекомендует такой образ действий, советуя в то же время тщательно удалять кровь из брюшной полости в виду опасности ее инфекции и токсических ее свойств. Напротив, Zimtегропп (ibid.) думает, что реинфузия заслуживает применения лишь в редких случаях, где во время операции состояние больной ухудшается, и пульс не возвращается. В остальных случаях Z. считает самым рациональным,—кровяные сгустки из брюшной полости удалять, жидкую же кровь оставлять, так как она является уже дефибринированной, неспособна к свертыванию и быстро впоследствии всасывается.

В. Г.

*Лечение острой анемии sub parti.* E. Rungé (Deut. med. Woch., 1922, № 5) принципиально рекомендует при всякой более значительной кровопотере у рожениц собирать кровь, вытекающую из полового канала, в чистый сосуд и сохранять. Если в дальнейшем у женщины обнаружится признак острой анемии, 600 куб. сант. этой крови надо смешать с 400 куб. сант. 0,9% раствора поваренной соли с прибавкой 4 грам. лимоннокислого натрия и, влив смесь в обыкновенную Esmagch'овскую кружку, ввести ее рег. testum. Как убедился автор, больные обыкновенно задерживают эту клизму,—по крайней мере 600—700 куб. сант. из нее. В особенно тяжелых случаях Rungé советует, кроме описанной клизмы, производить еще капельные вливания кровяной смеси, в количестве от 600 до 1000 куб. сант., распределяя это количество на 2—4 часа. Наблюдавшийся им эффект такого лечения автор называет поразительным.

В. Г.