тежелые антиты и кровотечения на почве язв желудка дают ЛВЖ
I ст.; нормальные KJ и ЛВЖ или ЛВЖ ниже 1,5 после кровотече-
ний представляют благоприятный признак; 5) лейкоцитоз при тифе
и гриппе при осложеннях смеется лейкоцитозом с ЛВЖ I или II
ст.; 6) длительные и высокие цифры KJ и повышение ЛВЖ всегда
прогнозически - неблагоприятны, бронхиальная астма дает благо-
приятный прогноз при высокой овощнофилли и лимфоцитозе, на не-
достаточное число овощнофиллов или их отсутствие нужно смотреть,
как на неблагоприятный симптом; 7) сепсис при высоких KJ и ЛВЖ
и при нормальном количестве лейкоцитов дает плохой прогноз;
8) в крови детей констатируется лимфоцитоз. В. Бланк.

Лечение сахарного диабета инсулином. Среди многочис-
ленных исследований над действием открытого Bantingом инсу-
лина, — гормона, регулирующего углеводный обмен веществ,—осо-
бенного внимания заслуживают, конечно, наблюдения v. Noon-
den'a, одного из творцов современного учения о диабете. Noon-
den и Islaacs (Klin. Woch., 1923, № 48) дают сводку своих наблю-
дений над 50 диабетиками, лечившимися инсулином. Авторы уже с
самого начала подчеркивают, что превосходство лечения инсулином
в сравнении с другими методами лечения диабета не подлежит ни-
какому сомнению, как в смысле влияния на гликозурию, так и
в отношении ацидоза. Предпосылкой правильного лечения инсули-
ном, достигающего наилучших результатов, авторы, однако,—как и все
клиницисты, применяющие инсулин в других странах,—считают одно-
временное 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 про-
dолжается всего 3—4 часа, впрескивания должны производиться
3 раза в день перед завтраком, обедом и ужином. Авторы подчер-
кивают, что особенно хорошо на лечение действует периодическое
назначение безуглеводных дней при соответствующем уменьшении
dозы инсулина, однако, из опасения гипогликемии, рекомендуют
такое лечение проводить только в клинической обстановке. Сравни-
вая результаты одного диететического лечения диабета с результа-
tами одновременного лечения инсулином, N. и J. приходят к заклю-
чению, что в тех случаях, где диететическими методами не удова-
лось уменьшить гликозурию, инсулин давал желаемый результат.
Как только доза инсулина начинает превышать необходимую в дан-
ном случае и при данном подвое углеводов, появляется гипогли-
кемия, клинически выявляющаяся в симптомах раздражения нерв-
ной системы (общая слабость, дрожание, раздражительность, потли-
вость и т. д.); если при этом не будут приняты своевременно соответ-
ствующие 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 зведение уже небольших доз инсулина устраивало опасность, угрожающую жизни. Авторы полагают, что инсулин действует на функциональную деятельность печени, увеличивая ее способность образования и фиксирования глюкозена. Они отмечают, что в начале лечения инсулином вес тела понимается вследствие задержания в организме воды, причем механизм происхождения этого отека недостаточно выяснен. Р. Лурия.

5) Хирургия.

Ограничение тампонады при гнойных заболеваниях. Для усиления оттока гноя пользуются обычно марлевой тампонадой, но она несовершена вследствие частого засыхания в кожном отверстии, благодаря чему образуется задержка гноя; кроме того при ней наступит травма, сопровождающаяся повреждением защитного грануляционного вала и болезненностью. Виг видит в болях протест природы против тампонады; особенно опасна последняя с сосудами и сухожилиями, которые могут при ней омертветь. Соколов (Вест. Хир., 1923, т. I) рекомендует производить тампонацию после разреза, несмотря для улучшения отсасывания, сколько для остановки капиллярного кровотечения и для предупреждения могуего 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 кисты. При этом Соколов, на основании собственных клинических наблюдений, рекомендуется делать не один разрез по средней линии сгибательной поверхности всего пальца с тампонадой, от чего в 88% наступает смерть сухожилия, а, по Капру, 2 маленьких разреза по боковым сторонам сухожилия, без тампонады. Последовательное лечение сводится к горячем ваннам и ранним движениям. Смерть сухожилия при этом способе понизилась у него до 21,5%.

Н. Кипенко.

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

Köhlerовская болезнь, под которой описанный ее автор понимал своеобразно развивающуюся первичную дистрофию ладьевидной кости, привлекает за последнее время значительное внимание врачей. Клинические болезни 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 конституируется