

эффект его и на этом животном очень близок оптохину. Почти аналогичный эффект был получен в опытах с аминоксидрохонином. Что касается испытанных эпигидрохонина и эпигидрохонидина, то они почти никакого действия на пнеймококк не оказывают. Далее особое внимание аа. привлеч этилапохонин, который обладает сильным бактерицидным действием даже в отношении пнеймококков с очень высокой вирулентностью. Испытание этого препарата на мышках показало, что как профилактический, так и терапевтический эффект его выше эффекта оптохонина.

Испытанные α и β — изохинон также оказали эффект при пнеймококковых инфекциях, хотя и не столь значительный, как этилапохонин и оптохонин. На основании всех этих наблюдений аа. полагают, что ими обнаружены очень ценные препараты, изучение которых необходимо перенести в клинику на пнеймококковые заболевания человека.

П. Р.

с) Туберкулез.

Какое значение для практикующего врача имеет нахождение тбк в моче? Н. Wildabolz (Münch. Med. Woch., № 2 — 1934 г.) известный бернский уролог, на основании критического разбора новейшей литературы и собственного опыта по вопросу о возможности выделения бацилл Коха неповрежденной почкой без наличия в ней анатомических поражений, приходит к выводу, что практически остается в силе *прежнее* положение: нахождение тбк бацилл в моче или положительный результат прививки ее осадка свинке сигнализирует поражение мочеполового аппарата. В этих случаях показано срочное тщательное урологическое исследование. Цистоскопия в сочетании с выделительной пиелографией дают исчерпывающий результат о характере и источнике поражения; одна пиелография может повести к досадным ошибкам. На громадном своем материале автор не может подтвердить возможности бактериурии без поражения мочевых органов даже при наличии легочного процесса. Только у 4-х больных (на много сотен, А. Г.) прослеженных в течение многих лет диагноз nephritis tuberculosa без специфических анатомических изменений подтвердился. У этих больных постепенно ВК и лейкоциты исчезли из мочи.

А. Гильман.

Сонгсоух А. Лечение кровохарканий подкожными инъекциями кислорода (Pr. Med., № 53 — 1934 г.). Для борьбы с кровохарканиями при тбк легких предложен целый арсенал средств, число которых доказывает их относительную ценность. А. в 34 случаях по примеру Равина, Бензакена и Биде вводил под кожу груди больной стороны от 300—600 кб. см. кислорода. В 25 случаях остановка кровохарканья была быстрой и окончательной, в 6-ти случаях приходилось введение кислорода повторять несколько дней подряд, в 7 случаях эффекта не получено. Во всех почти случаях кровохарканье было обильным, кислород — единственно применяемое средство. По мнению А. самый быстрый эффект наблюдается в случаях, где кровохарканию предшествовало обострение. У очень тяжелых больных при обширных поражениях и циррот. кавернах результаты мало успешны. Больные хорошо переносят вмешательство, часто отмечают появление чувства успокоения, эйфории. Эту же методику применил Пьер Буржуа в 5 случаях, в одном из которых кровотечение было угрожающим. Результат замечательный. Больному вводился кислород под кожу бедра в количестве 200 кб. см.

А. Гильман.

R. Debré et F. Gilbrin. О газовых воздушных кистах легкого и бронхэкстазах. (Pr. Méd. № 55 — 1934). Заболевание врожденное, часто проявляется в первые месяцы жизни ребенка, но может долго оставаться бессимптомным. Клиническое начало — с приступа резкой одышки и цианоза. Объективно: признаки пнеймоторакса, отсутствие дыхательного шума, усиление перкуторн. звука и смещение сердца и средостения. Рентгенологически: в некоторых случаях сжатое в комок легкое, в других граница газов, пузыря отнеяется вертикально идущей темной полоской — стеной кисты; зона газового просветления не гомогенна, пересекается темными разветвлениями — сосудами и множественными карманами кисты. Могут нагнаиваться и имитировать абсцессы легкого.

Диагноз облегчается следующими моментами: 1. Врожденные пороки развития часто множественны; 2) спонтанный пнеймоторакс не может, как кисты, в те-

чение ряда лет оставаться сухим; 3) перед тем, как думать о спонт. пневмоторксе у до того здорового субъекта, надо думать о кисте легкого. А. убежден, что врожден. бронхоэктазии—одна из форм кистозной болезни легкого. Гистологически стенка кисты почти всегда имеет строение бронха.

А. Гильман.

Dr. O. Latke. К дифференциальной диагностике начинающегося туберкулеза. (Wien. Kl. Woch. № 34. 1934 г.). Частым поводом к ошибочному диагнозу туберкулеза является неправильное истолкование субфебрильных температур. Собственно, каждый человек должен знать свою нормальную точную температуру. Температурная кривая для каждого весьма индивидуальна. Температура, которая у одного является уже выражением лихорадки, считается у другого за нормальную. Длительная субфебрильная температура может, как болезненное явление, иметь разные причины. В таких случаях прежде всего следует думать о хроническом сепсисе, эндокардите lenta, о злокачественных оухолях, гипертиреозах и лимфогрануломатозе. Точно также надо правильно оценить нередко наступающие за лихорадочным состоянием похудание и ночные поты. Даже Наемортое может ввести в заблуждение. Оно может иметь своим происхождением рак легкого, абсцес и гангрену легких или бронхоэктазию. Также не следует забывать, что Наемотемесис больные принимают за Наемортое. Наконец, и физикальное исследование легких может давать повод к ошибочным заключениям, т. к. далеко не каждая тупость звука, не всякие сухие и влажные хрипы должны обязательно быть выражением туберкулезного процесса.

Др Э. Леви.

б) Внутренние болезни.

О содержании Mg в крови (E. Vescher и K. Hamman. Dtsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. 173 n. 5. 1932 г.). Проверка предложенных до сих пор методов исследования Mg дала неудовлетворительные результаты. Аа. приводят и подробно обосновывают свой метод, точность которого они проверили специальными исследованиями. В норме содержание Mg, в сыворотке = 2 mg %, колебания незначительны. Наблюдается иногда небольшое повышение при icterus'e. У почечных больных без почечной недостаточности—повышения нет. При почечной недостаточности, особенно в более тяжелых случаях, большею частью определяется повышение Mg, хотя и незначительное по сравнению с другими продуктами. Величина подъема не всегда параллельна с тяжестью почечной недостаточности. В эритроцитах больше Mg, чем в сыворотке, тогда как Ca в них в незначительных количествах. В liquor'e больше Mg, чем Ca, то же в мышечной крови, имеющей относительно высокое содержание Mg. И в мозгу и в печени количество Mg по сравнению с кровью относительно высоко.

При почечной недостаточности на ряду с повышением Mg имеется уменьшение Ca. При тяжелой почечной недостаточности коэффициент $\frac{Mg}{Ca}$, который нормально = 0,2, повышается до 0,6 и выше. Это имеет большое значение, так как Mg понижает возбудимость всех отделов нервной системы. Но при почечной недостаточности, несмотря на подъем Mg, нет подъема антагонистически влияющего Ca (последний даже падает). Это не оказывается без влияния на центральную нервную систему. Может быть это играет к-н. роль как препятствие к еще большему повышению кровяного давления (угнетение вазомоторного центра)? Быстрое угнетение Mg в кишечник при его накоплении в крови спасает организм от его угнетающего действия на жизненно-важные центры нервной системы (вазомоторный, дыхательный). Ряд аа (Watson, Blackfan, Hamilton и др.) предложили внутривенные вливания Mg для лечения и профилактики ложной уремии при острых диффузных гломерулонефритах с склонностью к гематуриям, головным болям, рвотам и нарушениям зрения. Эффект очень хороший. Mg уходит при этом в ткани, сульфат остается в крови.

Э. М.

Действие Magnes. Sulfur. при гипертензии. (B. L. Zohmann и B. Sternberg Annal. of intern. Med. Nav. 1933 г.). При парентеральном введении magnes. sulfur. аа. наблюдали понижение систолического давления в 40 и 50 случаев гипертензии. Эффект держался в течение не меньше 2-х недель. Диагно-