

чение ряда лет оставаться сухим; 3) перед тем, как думать о спонт. пнеймоторксе 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 о уолах, 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, абсцесс и гангрену легких или бронхоэктазию. Также не следует забывать, что Наемотemesis 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 (Е. Vescher и К. 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 Са в них в незначительных количествах. В liquor'e больше Mg, чем Са, 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 Са. 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 Са (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-