

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 (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 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-

лическое давление понизилось в 25 случ. Инъекция *Magnes. sulfur.* имеет хорошее влияние и на субъективные ощущения больных (головную боль, бессоницу и др.). А. а. применяли химически чистый безводный *Magn. sulfur.*, растворенный в трижды дистиллированной воде. Готовился основной 2-0/0 гастр. Пегед употреблением готовился нужный раствор прибавлением теплой, стерильной трижды дистиллированной воды. Раствор вводился со скоростью 100 к. с. в 1/2 ч. После инъекций больной отдыхает 2 часа. Э. М.

Хлор пузырьной желчи при катарральной желтухе. (E. Chabrol, K. Chagnonnat, M. Cachin, I. Cottet. Comp. rend. Soc. Biologie, CXIV. № 39, p. 1238. 1933). При концентрации желчи в желчном пузыре вода и хлориды — всасываются. В норме это исчезновение хлора из желчного пузыря м. б. почти полным. Так, при пункции желчного пузыря у голодавших в течение 24 часов собак аа., несмотря на наличие концентрированной желчи, не могли обнаружить в ней и следов хлора. При исследовании хлора в желчи А и В у 15 больных с желтухой аа. обнаружили у 14 (93%) большое количество хлора в желчи В по сравнению с желчью А. Разница доходила до 2—2,37. Среди 13 здоровых в 84% желчь В была бледнее хлором, чем А; у почечных больных это наблюдалось в 100%. Не делаем пока выводов, аа., однако, подчеркивают контраст между скоплением хлора в желчном пузыре в разгаре катарральной желтухи и тем значительным хлорурическим кризисом, который наблюдается в периоде выздоровления от этой болезни. Э. М.

Лечение ulcus'a экстрактами gl. parathyreoidea. (Pr. med., № 91, 1934 г.). Ежедневные или через день инъекции паратормона по 1 ампуле, соответствующ. 0,1 свежей железы дает даже после 2—3 инъекций прекрасные результаты как в отношении субъективных жалоб (боли), так и в отношении объективных симптомов (понижение кислотности, исчезновение ниши). Эти результаты не обязательно сопровождаются гиперкальциемией. Этот метод на ряду с другими может оказать ценную помощь в лечении язвенной болезни. Э. М.

е) Педиатрия.

Кожные реакции на пневмококки и стрептококки. Bruin и Vedder (Am. J. of. dis. of. childr. Vol. № 48. № 4. 1934) выделяли пневмококки из зева детей, страдавших заболеванием органов дыхания, убивали полученные культуры нагреванием до 65°С и готовили из них вакцины, содержавшие от 6 до 20 миллионов в 1 см³. Около 300 лиц было испытано внутрикожными впрыскиваниями 0,1³. таких вакцин. Разницы в реакции в зависимости от типа пневмококка не наблюдалось; не было также разницы в зависимости от того, вводился ли пневмококк или стрептококк (гемолитический и зеленющий).

Дети до 3-х месяцев дали полож. реакцию только в 33% случаев. В возрасте от 3-х мес. до 1 года — перенесшие заболевание органов дыхания дали 79% положит. реакции, а не болевшие — 44%. От 1 года до 3-х лет — 50% полож. реакций, от 3-х лет до 6 лет — 55%, от 6—12 — 75%, взрослые давали в 80% положительную реакцию. Перенесшие пневмонию или ревматизм и хорею дали более низкий % положит. реакций, чем можно было ожидать по их возрасту (26 и 13%), что авторы рассматривают как указание на часто встречающееся у таких лиц предрасположение к рецидивам. Из 40 лиц, перенесших рожу, 26 болевших по 1 разу дали 62% положительн. реакций, 11 болевших по 2 раза дали 91% положит. реакций, трое болевших по 3 раза все реагировали положительно. Нарастание положительных реакций рассматривается авторами как доказательство усиливающегося иммунитета. Тот факт, что старшие дети чаще болеют долевыми пневмониями, а малые дольковыми, может зависеть, по мнению авторов, от возрастающего с возрастом иммунитета. Наоборот, развитие и у старших дольковых пневмоний после тифа, коклюша и т. п. может быть рассматриваемо как результат потери иммунитета. Е. Ленский.

ф) Хирургия.

Синостоз talonavicularis'a. Walter Hayek (Z. Orthop. Chir. 1933, Bd. 60). причиной талонориккулярного синостоза считает инфекцию, и как предрасполагающие факторы могут служить: сифилис, алкоголь и другие подобного рода дегенеративные изменения. И. Цимхес.