

почек; 4) чем беднее функция почек, тем больше деструкция; 5) спинальная анестезия не только облегчает нефротомию, но и разрешает вопрос о послеоперативных легочных обострениях; 6) соответствующий больной почке мочеточник очень часто заболевает с почкой; 7) ВК определяются в моче при тбс почек в высоком проценте случаев простыми общеупотребительными методами. *Н. Крамов.*

63) *Грудная жаба и сердечная астма.* Prof. J. Pal (Die ärztliche Praxis, № 9, 1929) считает основным общим для этих 2-х заболеваний признаком тот, что припадки выпадают во время лихорадочного состояния. Происхождение болей при грудной жабе автор объясняет раздражением чувствительных нервов, расположенных в области основания коронарных сосудов, в проксимальном отрезке которых из-за спазма самих же сосудов образуется артериальный застой с последующим растяжением стенок. Обычно припадок сопровождается общим повышением кровяного давления; если же такое повышение сменяется понижением, а припадок длится, то это обстоятельство указывает на сужение коронарного устья, из-за которого нарушается прямое влияние общего высокого давления на коронарные сосуды. Приводя много причинных моментов развития припадков грудной жабы, автор затрудняется дать грань между *angina pectoris vera* и *angina pectoris vasomotoria*. Во время припадка гр. жабы наиболее верным средством для устранения боли является морфий, а для устранения спазма—вдыхание амилнитрита или прием внутрь нитроглицерина (2—3 к. 1% спиртного раствора) или внутривенное вливание атропина (0,001—0,0015). Расширяющими коронарные сосуды средствами являются и те, которые возбуждают *sympatricus*: кофеин, теобромин, теофиллин, эфебрин, эфетонин.

Сердечная астма в противоположность гр. жабе, где основные признаки приступа субъективные—боль, имеет приступы с совершенно объективными признаками: быстро наступающая одышка, цианоз, холодный пот и отек легких. Исходный пункт припадка—это острая недостаточность левого предсердия. Бывающие при припадке сердечной астмы боли обусловлены острым застоем печени и напряжением диафрагмы. Во время приступа прежде всего необходимо ликвидировать раздражение дыхательного центра, что достигается комбинацией морфия с атропином. Для облегчения кровообращения очень эффективно кровопускание. Автор рекомендует, как хорошо действующее средство, комбинацию адреналина с астмолизином, а профилактически—ограниченное употребление жидкостей, препараты теобромина и теофиллина, а также новые препараты *Salurgan* и *Novurit-chinoin*.

64) F. Deutsch (Mediz. Kl. № 16, 1929) говорит, что *уменьшение размеров сердца у спортсменов* является нормальной реакцией здоровых сердец на спортивные упражнения и что увеличение их размеров бывает в результате имевших место до того частых сужений. *С. М. Райский.*

65) *Острая сердечная слабость при инфекционных заболеваниях* наступает по T. Brugsch'у и W. Grunke (Mediz. Kl. № 14, 1929) или вследствие истощения сердечной деятельности, или вследствие паралича вазомоторов с преимущественным расширением и кровенаполнением артериол в области *splanchnicus'a*, или вследствие анемии центров кровяного давления на почве оттока крови к брюшным органам. Клиническое и патолого-анатомическое изучение авторами тех случаев острой сердечной слабости, которые привели к смерти, показало, что при дифтерии, гриппе и роже чаще всего бывает истощение сердечной деятельности, при брюшном тифе и скарлатине преобладает коллапс церебротоксического характера, реже первичный паралич капилляров. *С. М. Райский.*

66) Prof. Eduard Melchior (Medic. Klin. № 13, 1929) приводит удачный *случай оперирования больного с артерио-венозной бедренной аневризмой* (фистулой между а. и в. femoralis), возникшей за 10 лет до операции на почве ранения и вызвавшей также и анатомические изменения сердца, исчезнувшие после операции. *С. М. Райский.*

67) *Печеночный экстракт, назначенный per rectum.* Reznikoff (Journ. of Am. M. Ass. v. 93, № 5) приводит историю болезни одного больного с *anaemia perniciosa*, осложненной пневмонией. До лечения была след. картина крови: Hb—35%; E—1.250.000; Fi—1,4; L—4400. Рвота при приеме *per os* печеночного экстракта побудила автора давать больному *per rectum* печеночный экстракт в количестве 30,0—45,0 дважды в день в 60,0 теплого молока. Пациент в первое время удерживал лекарство в течение 1/2 часа, в последующие дни—1 1/2 часов. Через 71 день лечения произошли след. изменения в крови: Hb—72, E—3.880.000 с нарастанием числа ретикулоцитов на 4-й день лечения до 21%.