

давать клиническую картину. Если здоровый примет *per os* слабительную магниезальную соль, то 40% выделяется с мочей в течение 24 часов, а концентрация Mg в плазме существенно не повышается. Но если почки повреждены, то та же доза может вести к гипермагниемии. При 11 mg % Mg в крови наблюдается сонливость, при 17 mg % — коматозное состояние. Hirschfelder на основании своих наблюдений думает, что много случаев комы у нефритиков, диагностированные как уремическая кома, может быть, является магниезальной комой, вызванной дачей магниезальной слабительной. По его наблюдениям даже однократная дача Magn. sulfur. нефритику или животному с экспериментальным нефритом повышает Mg крови до величины — $\frac{2}{3}$ коматозного уровня Mg в крови.

У животных быстрый эффект при магниезальной коме получается от внутривенного вливания Calc. chlorat.

Hirschfelder описывает также клиническую картину при гипомагнезии, связанную с повышенной нервно-мышечной возбудимостью. Такое состояние встречается чаще, чем об этом думают. Э. М.

Обмен NaCl и амилоид почек. (N. Nonnenbruch. Med. Kl. 16/II 34 г.) Исходя из того, что у здоровых сухая диета с большим количеством NaCl является сильнейшим diuretica, а. решил испытать действие такой диеты у амилоидных б-ных.

В 1-м сл., где уд. вес мочи не доходил до 1020, количество хлора в моче было ниже, чем в крови, и не наблюдалось диуреза под влиянием этой диеты. Однако в др. случ. наступил диурез и повышение концентрации NaCl в моче. А. хочет показать, что даже при отеках и олигурии с низкой концентрацией NaCl в моче при амилоидном нефрозе можно вызвать сильный диурез, если только почки еще способны реагировать на NaCl. Если имеется гипохлоремия, то дача NaCl показана даже при наличии заболевания почек, так как в этих случаях рвота часто прекращается после внутривенного вливания NaCl. Э. М.

Связь обмена кальция с пневмонией. (C. E. Schuster mann. Ztschr. f. d. ges. exper. Med. Bd. 84. 1934 г.). Фармакодинамическая часть общего количества кальция в сыворотке здоровых людей постоянна. Она = 42% и колеблется между 40 и 45%. При пневмококковой пневмонии без явлений интоксикации фармакодинамическая часть кальция соответствует содержанию у здорового человека. При более сильной интоксикации, особенно с двигательным беспокойством, эта часть кальция понижена. Повышение возбудимости может быть объяснено уменьшением деятельных ионов кальция. Кофеин понижает фармакодинамическую часть кальция. Поэтому назначение кофеина пневмоникам с явлениями двигательного беспокойства должно проводиться с осторожностью, так как иначе еще больше может быть усилено состояние двигательного беспокойства. Парентеральное введение кальция не изменяет соотношения между общим и фармакодинамическим кальцием. Э. М.

Лечение пневмоплевритов бессолевой диетой и хлористым кальцием. (Pr. Med. 1931, 1). Toix et Grunwald в 48 случаях искусственного пневмоторакса, осложненного экссудативным плевритом, применили бессолевую диету и введение *per os* хлористого кальция по 6,0—12,0 в сутки. В 50% леченных случаев аа. получили снижение температуры, уменьшение выпота, увеличение мочи, улучшение условий ведения искусственного пневмоторакса. Лучшие результаты были получены в свежих пневмоплевритах, неудовлетворительные результаты в хронических случаях пневмоплевритов или гнойных. Отмеченный эффект аа. объясняют противовоспалительным действием хлористого кальция, который по Л. Блюму (предложившему этот метод лечения) является антагонистом хлористого натра и ведет к повышенному выделению из организма натра и воды. Н. Крамов.

Гиперхромные анемии при хронических заболеваниях pancreas'a. H. Brugsch (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 173. 1932) приводит 2 сл., где гиперхромная анемия развилась на почве хронического заболевания pancreas. Печеночная терапия, несмотря на концентрированную форму, в течение многих недель не давала успеха и стала действовать только после переливания крови. На основании своих наблюдений а. приходит к выводу, что анемии с повышенным F. I. и повышенной регенерацией крови могут развиваться при тяжелых хронических

заболеваниях pancreas'a, связанных с нарушением ее внешней секреции. Клиническая картина этих анемий может иметь сходство с a. pernicioso. После хронических заболеваний pancreas'a может развиться и настоящая a. pernicioso. Легкие нарушения внешней секреции pancreas'a при специальной методике исследования могут быть обнаружены при a. pernicioso чаще, чем об этом думают.

Э. М.

„Сырая“ диета и регуляция тепла. (K. Eimer и F. Kaufmann. Dtsch. Arch. f. Kl. Med. B. 173. 1932 г.) Общепринято, что человек, теряя при потении не только воду, но и большое количество NaCl, только тогда путем терморегуляции приспособливается к высокой наружной t° , когда он быстро замещает потерянное, т. е., когда он кроме жидкости принимает и большое количество NaCl. Наоборот, человек, получающий бедную солью диету, как будто меньше способен приспособливаться к воздействию высокой наружной t° , так как он не может реагировать потоотделением, необходимым для регуляции t° . Аа. произвели сравнительные наблюдения над терморегуляцией и секрецией пота в световой ванне при богатой солью и бедной солью „сырой“ диете. При этом оказалось, что при „сырой“ диете световая потогонная ванна в общем переносится лучше. Отделение пота начинается позже, температура кожи и тела не так высоко поднимается, и соответственно этому субъективные ощущения, несмотря на одинаковый подвоз тепла, лучше. Количество пота при этом меньше, и % содержания в нем NaCl и абсолютное количество NaCl ниже. Уменьшение отдачи NaCl потом при „сырой“ диете так же, как значительное уменьшение выделения NaCl мочей, представляет собой целесообразное приспособление при недостаточном подвозе соли. Улучшение терморегуляции под влиянием „сырой“ диеты может быть обусловлено улучшением кровоснабжения кожи вследствие уменьшения содержания в ней NaCl и воды. Кроме того, бедность этой диеты белками, богатство солями (особенно K) может оказывать влияние на вегетативную нервную систему. Потом теряется и Na и K, но последний при сырой диете замещается в большем количестве.

Э. М.

Приступы потоотделения как клинический эквивалент грудной жабы и острого отека легких. (Ugioste и Blanc, Archives des malad. du coeur). Припадки грудной жабы и острого отека легких хорошо всем известны, но аа. обращают внимание на приступы профузных потов с побледнением, похолоданием конечностей и сердцебиением, при явлениях сердечной слабости. Иногда тоже чувство страха близкой смерти, как и при ангиноидных приступах. Эти припадки сопровождают приступы грудной жабы, но бывают и самостоятельными. Аа. приводят 4 истории болезни, где у б-ных припадки грудной жабы чередуются с вышеописанными припадками обильного потоотделения. Приступы эти могут вызываться каким-либо физическим напряжением, волнением, или же ночью во время сна. Иногда они могут быть у больных с высоким кровяным давлением, еще не имевших ангиноидных приступов, являясь как бы предшественниками их. *Выводы.* 1) Грудная жаба может начинаться вышеописанными приступами. 2) Эти приступы могут быть клиническим эквивалентом грудной жабы или острого отека легких. 3) Все больные, которые по некоторым симптомам и по наследственности подозрительны по сердечно-сосудистым заболеваниям, если у них имеются приступы потов, должны рассцениваться, как тяжелые кардиопаты и, следовательно, лечиться, как таковые. 4) Наконец, больные, которые имели припадки грудной жабы и острого отека легких, у которых эти приступы прекратились, но имеются приступы профузных потов с побледнением и с похолоданием конечностей, должны рассматриваться, как продолжающие находиться в тяжелом состоянии.

Е. Ауслендер.

Практическое значение измерения кожной температуры. (Ipsen Johs' Münch. med. Woch. 1933 г.). Кожная температура зависит главным образом от количества притекающей крови и имеет большое практическое значение. При эмболии артерий конечностей кожная температура обнаруживает большую разницу на здоровой и больной конечности. Этот симптом в сомнительных случаях позволяет поставить диагноз через 1–2 часа и предпринять своевременно операцию. При гангрене нижних конечностей одинаковая или слегка пониженная температура позволяет не торопиться с операцией. При выборе места ампутации важно, является ли температура на симметричных местах обеих конечностей одинаковой или обнаруживает разницу выше 1° . В последнем случае на этом месте нельзя ампутировать. Путем измерения кожной t°