

ясно выраженной лейкопении приводились различными авторами. Такая проходящая лейкопения, хотя сама по себе и не опасна, но все же имеет значение в том отношении, что указывает на тенденцию сульфаниридина оказывать депрессивное влияние на миелогенез у некоторых больных. Важно помнить, что повреждение костного мозга может стать явным иногда уже по окончании сульфаниридинового лечения, так что анализы крови следует производить еще две недели по окончании курса лечения, в особенности в тех случаях, когда он был продолжительным.

В. Дембская.

Pringle, Duckeraу, а. Mitchel. *Гранулоцитопения после сульфаниридина.* Brit. med. J., T. I, 10/II 1940.

Авторы описывают случай гранулоцитопении, развившейся после приема сульфаниридина при пневмонии. Пациенту не давалось никаких других медикаментов, которые могли бы способствовать появлению гранулоцитопении. Он выздоровел после того, как ему было произведено переливание крови, несмотря на то, что заболевание было диагностировано поздно, когда в крови уже нельзя было обнаружить ни одного зернистого лейкоцита. Настоящей ангины при этом не было, имелись лишь небольшие эскориации в полости рта. Единственным симптомом, на который жаловался пациент, были непрерывные резкие боли в ногах. Никаких других токсических явлений не было.

В. Дембская.

Plummer, Mc. Lellan. *Уролитиаз от сульфаниридина.* J. Am. m. Ass. T. 114, № 11. 16/III. 1940.

Так как большая часть сульфаниридина выводится почками, то естественно, что при наличии преципитирующих факторов могут наступить серьезные механические и травматические осложнения. Гематурия от сульфаниридина была описана многими авторами. Сутворг и Кук первые привели случай гематурии с почечными коликами и ретенцией азота в крови. Авторы наблюдали за почечными осложнениями у 323 больных, получавших сульфаниридин. В этой серии имелись 3 случая ретенции азота в крови, 4 гематурии без доказанного наличия камней и 2 — гематурии с несомненным образованием сульфаниридиновых камней — в одном случае на вскрытии, в другом при помощи инеографии — кристаллы и конкременты были найдены и в мочевом пузыре. Один из этих пациентов получил только 11 г сульфаниридина, другой же 55,5 г. В одном случае инеография обнаружила камни, пропускающие X лучи. Серийные исследования показали, что впоследствии камни растворились и были вымыты из организма, после чего восстановилась нормальная функция почек. При лечении сульфаниридином следует делать частые анализы мочи. При появлении в ней эритроцитов надо либо прекратить его введение, либо проявить большую осторожность.

В. Дембская.

Katz. *Токсические явления при сульфаниридине.* New - York state J. of Med. T 40 1/V. 1940.

Автор изучал токсическое действие сульфаниридина на 100 больных. Все симптомы интоксикации были тщательно зарегистрированы. Приблизительно у половины всех взрослых пациентов и у $\frac{1}{3}$ части детей можно было подметить те или иные признаки интоксикации. Тошнота и рвота появились в 25% случаев. Они представляли собой наиболее частые проявления интоксикации. Не удалось отметить прямого соотношения между раздражением желудка и количеством принятого сульфаниридина. Расстройство со стороны нервной системы были отмечены в 70% случаев и колебались от незначительных нарушений до серьезных патологических психических состояний. Было 4 случая гематурии. Очевидно ее вызвали острые кристаллы ацетиллиридина, отлагающиеся в мочевых путях. Предрасполагающим моментом при этом является мочевой стаз. В двух случаях появился дерматит и в трех — желтуха. Наблюдались иногда диарея, абдоминальные боли, цианоз и одышка.

В. Дембская.

Reinhold, Flippin, Schwartz. *Фармакология сульфатиазола* Am. J. of Med. Science, T 199 III, 1940.

Авторы разделили находящихся под их наблюдением пациентов на 2 группы: одной — давали разовую дозу сульфатиазола, через рот, внутривенно или ректально, другой — дробные дозы в течение нескольких дней. Было взято под наблюдение 9 выздоравливающих, в качестве контроля, и 83 пневмоника. Авторы нашли, что сульфазол быстро абсорбируется из желудочно-кишечного тракта и быстро выводится с мочой. При внутривенном введении сульфазол полностью появляется в моче. Через прямую кишку он плохо всасывается. У большинства людей лишь весьма незначительные количества его переходят в конъюгированную форму. Побочные явления со стороны почек и кровеносных органов были незначительны и скоропреходящи. Рвота наблюдалась у 10% больных, но никогда не принимала настолько тяжелой формы, чтобы из-за нее пришлось прекратить лечение. Других токсических явлений наблюдалось тоже очень мало.

В. Дембская.