

ванному сердечному больному ежедневно после обеда один порошок дигиталиса в 0,3 г.

Если наступает желательный эффект, то доза уменьшается двояким способом: либо до 0,2 г ежедневно, либо по 0,3 г 3-2 раза в неделю. При этом врачебный контроль может быть ограничен одним разом в неделю, если больной предупрежден, что при появлении расстройств он должен немедленно обратиться к врачу. При недостаточности лечения *per os* следует прибегать к ректальному введению дигиталиса в микроклизмах. Для этого применяются растворимые препараты дигиталиса, причем для максимальной всасываемости рекомендуется вводить их в теплом физиологическом растворе поваренной соли. Амбулаторный врач должен быть информирован относительно индивидуальной потребности и толерантности к дигиталису каждого сердечного больного, выписывающегося из стационара.

П. Альперин.

Heurke W. *Дифференциальный диагноз нарушений ассимиляции при спру и других кишечных заболеваниях.* Med. Kl. 14. 378—379. 1940.

Характерная картина спру часто смешивается с нарушениями усвоения жиров, имеющими совершенно другое происхождение. Для дифференциального диагноза необходимо тщательное исследование кала при пробной диете Шмидта-Страсбургера. При хроническом панкреатите нейтральный жир пищи, вследствие недостатка липазы, недостаточно расщепляется и поэтому в большом количестве содержится в кале, имеющем обычно желтую окраску. Кроме того, при этом заболевании из-за недостатка трипсина плохо перевариваются мышечные волокна. При тропической и эндемической спру в противоположность хроническому панкреатиту мышечные волокна и жиры хорошо расщепляются, но плохо переваривается крахмал. Так как крахмальные зерна расщепляются бактериями, то кал большей частью бывает пенистым и обнаруживает типичное брожение. При спру нарушено всасывание расщепленного жира, что, повидимому, находится в связи с расстройством функции эпителия кишечника. При желудочно-кишечных фистулах, вследствие кратковременного действия ферментов на пищу, плохо перевариваются все ее составные части, которые и обнаруживаются в кале. Жировой стул наблюдается также при базедовой болезни, туберкулезе мезентериальных желез и прекращении доступа желчи в кишечник, но остальные симптомы позволяют легко отличать эти заболевания.

П. Альперин.

Lewy F. *Физиологическое действие комплекса витамина В.* Confin. NeuroI. III. 1—2. 74—81. 1940.

Фракции витамина В-комплекса играют большую роль в углеводном обмене растений и животных, как энзимы. Для удаления из тканей пировиноградной кислоты необходима кокарбоксилаза, эфир фосфорной кислоты и тиамин, или витамина В₁. Есть данные за то, что тиамин принимает участие в превращении углеводов в жиры. Тиамин и холин оказывают противоположное воздействие на накопление и выделение жира печени. Количество холина в пище, повидимому, оказывает влияние на действенность тиамина. О значении недостаточности рибофлавина у человека известно очень мало. После разрушения надпочечников или поджелудочной железы заместительная терапия соответствующими гормонами при недостатке рибофлавина или тиамина не дает эффекта. Никотиновая кислота, прежде чем окажется действительной против пеллагры, должна в организме превратиться в козимазу I и II. Таким образом, все до сих пор известные компоненты витамина В-комплекса имеют существенное значение для клеточного обмена и дыхания вообще, хотя тиамин, повидимому, имеет особое значение для функций периферической нервной системы, а рибофлавин, никотиновая кислота и, возможно, витамин В₁ — для центральной нервной системы.

Е. Шмидт.

Stepp W., Diehl F. *Взаимодействие между вегетативно-эндокринной системой и обменом витаминов.* Med. Klin. 11 296—298. 1940.

Введение витаминов оказывает нормализующее влияние на патологически измененную вегетативно-гормональную регуляцию. При гипофизарной недостаточности с склонностью к спонтанной гипогликемии Дилю и Кирхману удавалось посредством введения комплекса витамина В и витамина С нормализовать гликемическую кривую после нагрузки глюкозой. Аа. изучали на больных с аналогичными патологическими кривыми сахара крови действие отдельных витаминов. Они установили, что комплекс витамина В обладает более сильной нормализующей способностью, чем витамин С, и что из отдельных факторов В комплекса витамина В₁, несмотря на его связь с углеводным обменом, лишен этой способности. Другие факторы — лактофлавин, амид никотиновой кислоты, В₆, оказывают нормализующее влияние на сахарные кривые. Эти опыты показывают, что для нормальной вегетативно-эндокринной регуляции необходимо достаточное насыщение организма витаминами.

П. Альперин.