

грамм веса. Поэтому при интенсивном лечении сульфаниламидом они считают необходимым производить частые повторные анализы крови. Интересно, что ацетилированный сульфаниламид гораздо скорее уходит из крови, чем свободный. Где происходит ацетилирование сульфаниламида в организме, еще не выяснено. Ацетилированный сульфаниламид представляет собой молекулу иного порядка, чем свободный, поэтому, возможно, что его реабсорпция почечными канальцами происходит более медленным темпом. При наступившем диурезе происходит усиленное выделение как свободного, так и ацетилированного сульфаниламида. Из этого вытекает, что труднее поддержать надлежащую концентрацию сульфаниламида в крови при обильном выделении мочи. Однако, имея ввиду важную роль почек при сульфаминовом обмене, обильное мочеотделение представляется желательным. Авторы попутно обратили внимание еще на следующее обстоятельство: собирая мочу у одного больного в период воздержания от воды, они отметили образование нерастворимого конкремента во введенном на продолжительное время катетере, он образовался вследствие кристаллизации сульфаниламида, в особенности в его ацетилированной форме. Растворимость сульфаниламида в воде при комнатной температуре несколько меньше чем 0,8%, при температуре тела она подымается до 1,1%. Ацетилированный сульфаниламид еще менее растворим. Концентрация сульфаниламида в моче приблизительно соответствует этим цифрам. Авторы замечали в некоторых случаях образование осадка из ацетилсульфаниламида в свежесыпущенной моче. При температуре тела моча обладает большей способностью удерживать его в растворенном виде, однако этим не исключается возможность образования камней в мочевых путях и блокада почечных канальцев при введении больших доз сульфаниламида и при незначительном мочеотделении.

В. Дембская.

Mull a. Smith. Влияние сульфаниламида (стрептоцида) на способность поглощения кислорода кровью (J. Am. m. Ass. T. 110, № 6, 51, 1938). Авторы приводят историю болезни пациентки 21 года, у которой под влиянием стрептоцида не только развился цианоз, но и обнаружилось понижение способности крови поглощать кислород. Больная получала сульфаниламид по поводу родильной горячки в весьма умеренных дозах. Цианоз развился почти в самом начале лечения. Исследование, сделанное по методу Ван Слейка и Нейля обнаружило заметное снижение способности крови к поглощению кислорода. Кровь приобрела своеобразный оттенок. Под влиянием аэрации она не могла достигнуть того яркого цвета, который свойственен крови, нормально насыщенной кислородом. Спектроскопический анализ не обнаружил полос поглощения соответствующих мет-или сульфгемоглобину. Больная поправилась после того, как ей было сделано переливание 450 см³ крови.

Дембская.

Kull. Лечение алкогольной интоксикации. (Münch. m. Woch. T 84 10. XII. 1937 г.) Пациенту, находящемуся в бессознательном состоянии после поглощения больших количеств алкоголя, автор ввел внутривенно 5 см³ 25% раствора диэтиламина пиридин-бетакарбоновой кислоты, в расчете на ее стимулирующее действие на кровообращение. Вскоре после этого больной стал двигаться, дыхание его сделалось более углубленным и пульс более правильным, исчезли симптомы стаза и цианотическая окраска лица. Спустя полчаса больному было сделано еще два добавочных вливания 5 см³ вышеупомянутого раствора, после чего он смог встать и пойти. Ободренный успехом автор стал применять этот метод лечения и в других аналогичных случаях. В общей сложности он никогда не вводил более 20 см³ раствора диэтиламина пиридин-бетакарбоновой кислоты, хотя в литературе упоминается о вприскивании значительно больших доз при отравлении гипнотическими средствами. После ее введения пациент начинает чихать вследствие раздражения слизистой оболочки носа, через которую происходит выделение.

Дембская.

H. Zeiss. Борнгольмская болезнь (Myalgia acuta). Med. Welt 29. 32. 33, 1936. (Борнгольм—датский остров на Балтийском море). Это описанное Syloest'ом обще-лихорадочное заболевание выражается внезапно наступающими болями в мышцах туловища, реже в мышцах конечностей, сильнейшей головной болью, икотой, рвотой, запором, в то время как во внутренних органах объективно нельзя найти никаких отклонений от нормы.

Нередко при этой болезни еще отмечается воспаление мошонки. Прогноз в общем благоприятный. Формула крови при этой болезни, в противоположность многим схожим болезням,—нормальная. Болезнь эта наступает часто в разгаре

лета. Заразительность ее еще не доказана. Эпидемически она встречается и в Германии, преимущественно в водных северных местах. Эпидемиология и патология этой болезни пока еще мало выяснены.

Э. Леви.

Demole. *Весенняя усталость, психоневроз и недостаток витамина С.* (Med. Woch., № 29. 30. 1936). Ко времени наступления известной весенней усталости, весьма предрасполагающей к восприятию различных заразных болезней, весьма часто встречается также скорбут. Большие эпидемии скорбута наступают к концу зимы и в начале весны и прекращаются летом. Симптомы весенней усталости и начальные симптомы скорбута имеют во многом большое сходство, почему напрашивается мысль считать этиологическим моментом этих двух болезней недостаток витамина С.

Вводимый летом в организм в большом количестве витамин С посредством овощей и плодов, в значительной степени выводится летом, главным образом мочей. Зимой выделение витамина С из организма резко падает, наступает предскорбутное состояние, показывающее все характерные симптомы весенней усталости.

Весной 1935 года под наблюдением автора находилось 20 больных с типичным весенним утомлением, у которых лечение аскорбиновой кислотой по 0,15—0,2 в день дало поразительно хорошие результаты. Уже через 48 часов наступает сильный аппетит, тяжелые психические расстройства—расстройство сна, головная боль, менорагия, дисменорея под влиянием такого лечения скоро исчезли.

Э. Леви.

Laplace, Nicholson. *Продолжительное лежание, как фактор, ускоряющий смерть стариков* (J. Am. M. Ass. T. 110, № 4. 22/I 1938. 3/V 38). Автор приводит историю болезни 10 стариков, свыше 63 лет от роду, которым был предписан продолжительный постельный режим по случаю ортопедического лечения, и это обстоятельство, повидимому, послужило причиной, ускорившей их смерть. По его мнению болезненное состояние, вызванное продолжительным лежанием, напоминает шок. Вследствие ограничения произвольных движений у старых людей, с плохой приспособляемостью циркуляторного аппарата получается скопление крови в венозных капиллярах и прогрессивное уменьшение объема крови, проходящей через большие сосуды тела. Местная аноксемия и следующая за ней дегенерация тканей приводит к стойкому изменению капиллярных стенок, токсемическим состояниям и стойкому повреждению капилляров, поддерживающему циркуляторную инсуфициенцию и в конечном итоге приводящему к смерти. Лечение должно сводиться к увеличению активности пациента, имеющей целью не допустить наступления токсемии и перерождения капилляров, которые ра-виваются вследствие длительного прекращения мышечных сокращений, и ослабления периферического тока крови.

Дембская.

б) Сифилис.

Tzanck, Sidi et Jais. *Сифилитический шанкр, появившийся в течение мышьяково-ртутного курса* (Bull. Dermat. et Syph. № 2. 1937 г.). Больной с третичным сифилисом принимал очередной курс специфического лечения, когда у него был обнаружен типичный шанкр на члене, в серуме из которого обнаружены были спирохеты. Авторы делают вывод, что мышьяковое и ртутное лечение не является профилактическим средством против заражения сифилисом. Cord также наблюдал появление твердого шанкра у человека, принимавшего в течение 3 месяцев ежедневно трепарсол по поводу хронического амебиаза.

А. Д.

Sezary. *Три заражения сифилисом одного и того же лица в период 12 лет* (Bull. Dermat. et Syph. № 2, 1937). Мужчина, 34 лет, заразился сифилисом впервые в 1924 г., когда у него был шанкр преунионального мешка с обильными трепонем. Реакция Вассермана была положительной. Больной энергично лечился в течение 3 лет. В 1931 г. больной вновь явился к автору со склерозом, в серуме которого были вновь обнаружены трепонемы. Вновь энергичное специфическое лечение. В 1935 году после ряда подозрительных сношений у больного появились язвочки на головке члена. В язвочках обнаружены трепонемы и в этот раз. Серореакция положительна. Начато специфическое лечение, которое привело к исчезновению яв.

А. Д.

Waintraub (Бухарест). *Несколько соображений по поводу пигментных*