

5) S. Yamada с сотрудн. (Ztschr. f. d. ges. exper. Med. Bd. 90, Н. 3/4 S. 342—48, 1933 г.), исследуя группу японских солдат, нашел, что *при пункции плевры у здоровых людей* можно добыть серозную жидкость в 48% случаев. Количество жидкости увеличивается после физических напряжений; результат пункции в этих случаях положителен в 3/4. Количество плевральной жидкости большей частью незначительно, — от нескольких пенистых пузырьков до нескольких куб. см., иногда еще больше. Клеточных элементов в среднем 450 на куб. милл., преимущественно мононуклеары. Количество белка в среднем 1.7 %, Ph—7,4 (всегда выше, чем в сыворотке того же человека), Са—7,2 mg, Na—324 mg, К—22,5 mg, молочной к-ты — 17,8 mg. Усиленное дыхание и физическая работа увеличивает количество жидкости, изменяет ее цвет (она становится мутнее), увеличивает содержание в ней форменных элементов, изменяет содержание белка.

Э. М.

б) Токсикология и фармакология.

6) Chabanier Н. и Lobo - O'Neill (Pres. med. p. 28—29 1933 г.) сообщают об 11 случ. *отравления Нг. охусумати* В 10 сл. тяжелый нефрит. В 7 из них гипохлоремия, усиливавшаяся с 3-го дня после отравления. Кроме рвоты и поносов в происхождении гипохлоремии играет роль уход Cl в ткани. Тяжесть общих явлений и высота RN стоят в связи со степенью гипохлоремии. Последняя, не являясь причиной заболевания почек, все же способствует развитию заболевания. Из 10 случаев 9 излечилось, 1 умер от другого заболевания.

Лечение состояло в введении NaCl до 15,0—30, в сутки до достижения нормального уровня NaCl в крови.

Э. М.

7) О *травматическом отравлении ртутью*. А. Borchard (Zentralbl. f. Chir. 1933, № 51) отмечает, что большинство травматических отравлений происходит от неосторожного обращения с термометрами, особенно со стороны ухаживающего персонала. Спустя 4—7 дней, несмотря часто на заживление раны, наступают явления отравления большей частью не со стороны желудочно-кишечного тракта, а в виде общей слабости, головной боли. Если источник отравления не удален, возможны явления со стороны пораженных печени и почек. Раны необходимо иссекать и вести открытым путем. Общее укрепляющее лечение и бедная поваренной солью диета.

И. Цимхес.

8) R. Rivoire. *Динитрофенол*. (La presse médicale, № 38, 12/V 1934, стр. 768—770).

Динитрофенол по своему физиологическому действию близок к тироксину, стимулирует процессы окисления. Это свойство присуще также динитрофенолу, динитрокрезолу, динитротимолу и динитроциклопентилфенолу. Динитрофенол употребляется при лечении ожирения. Формула— $C_6H_3(NO_2)_2OH$, при чем положение NO_2 в мета и пара. В практике употребляются карбонаты динитрофенола, хорошо растворяющиеся в воде. Фармакодинамическое действие больших доз, до 0,1 гр. на kilo веса животного, состоит в появлении полипноэ, до 300 вдыханий в минуту, в повышении t^0 до 44—45°; во время этой гипертермии смерть может наступить довольно скоро и спустя 1/4 ч. уже наступает трупное окоченение. Гипертермия является характерным свойством динитрофенола и следствием значительного повышения окислительных процессов в клетках, что доказывается определением основного обмена. Животные, потреблявшие 100 kb. см. кислорода в минуту, начинают потреблять литр и больше, расход калорий подымается с 2,5 до 30 калорий в час на kilo веса. Если уменьшить дозу в 10 раз, то полипноэ не наблюдается, но температура все еще высокая; если же еще уменьшить дозу до 3 mg на kilo веса, то гипертермии уже больше не наблюдается, но измерение основного обмена показывает его увеличение на 30—50%. Применение малых доз в течение нескольких дней повышает толерантность животного к этому препарату, к дозам, многократно превышающим миним. смертельные дозы, но это свойство не абсолютное. В хронических случаях отравления наблюдаются массивные повреждения печени и почек, аналогичные тем, какие наблюдаются при отравлении фосфором.

Работами M a u e r'а и его учеников установлено, что гипертермия периферического происхождения, как гиперпродукция тепла в мускулах. Они обнаружили уменьшение гликогена в мускулах на 50—75% за счет усиленного окисления его