

Urban Eversole. *Употребление гелия при анестезии.* (J. Am. Med. Ass., Vol. 110, № 12, 1938).

Клиническое применение гелия основано на физических свойствах этого газа—инертности, низком удельном весе и быстрой диффузии. Смесь—79% гелия и 21% кислорода по удельному весу в три раза легче воздуха. По законам физики сила, приводящая в движение гелиевую смесь, составляет одну треть силы, приводящей в движение тот же объем воздуха. Количество газа, проходящее через узкое отверстие, обратно пропорционально квадратному корню из молекулярного веса газа. Таким образом, гелиевая смесь требует меньше мышечной энергии при дыхании, и при той же силе дыхания проходит большее количество гелиевой смеси за тот же промежуток времени. Гелиевая смесь с успехом применялась при астме, сужении воздухоносных путей, эмфиземе, легочном фиброзе и т. д. Особенно ценно применение гелиевой смеси при различных затруднениях во время анестезии и в послеоперационном периоде.

Н. Томсон.

Muedavin и Holtzmann. *Лечение инфицированных ран мочевиной.* (Lancet. Vol. I, № 5975, 5/III, 1938).

Техника применения: раны промывались насыщенным раствором мочевины, после этого накладывалась повязка с вощаной бумагой. Окружность раны смазывалась цинковой мазью.

Этим способом авторы лечили глубокие и поверхностные абсцессы, паховые и подмышечные инфицированные раны, инфицированные гематомы, целлюлиты, инфицированные ожоги 2-й, 3-й и 4-й степени, варикозные язвы, карбункулы и инфицированные тендосиновиты кисти и панариции. Всего 170 случаев. Лечение мочевиной предпринималось в тех случаях, когда применение других антисептических средств оказывалось безуспешным. Излечение наступило через 24, 22 дня, 5 недель и 23 дня после начала лечения мочевиной.

Действие мочевины проявляется обычно после двух-трехкратного прикладывания и выражается в исчезновении струпа и запаха из раны; появляются сочные, хорошо васкуляризированные грануляции. Прямого стимулирующего действия мочевины на эпителизацию не отмечается. Дерматита и явлений интоксикации мочевиной не вызывала. Болей мочевиной не вызывала, отмечалось только небольшое жжение от $\frac{1}{2}$ до 1 часа в течение первых нескольких дней.

Н. Н. Прокофьев.

Neskeles. *Теория образования пептической язвы.* (Am. J. Digest. Dis. a. Nutrition. Dec. 1937).

При раздражении блуждающего нерва в венозной крови, оттекающей от желудка, обнаруживается ацетилхолин. Действие ацетилхолина на желудок проявляется в сужении сосудов и уменьшении кровообращения, что дало возможность высказать новую теорию образования пептической язвы. Опыты на собаках показали, что введение ацетилхолина уменьшает кровообращение в желудке на 60—96%. Таким образом, усиленное выделение ацетилхолина или длительное выделение вызывает в желудке аноксемию тканей. Наибольшая аноксемия наблюдается в областях, богато снабженных разветвлениями блуждающего нерва—на малой кривизне и в области двенадцатиперстной кишки. Обескровленные ткани желудка легко поддаются переваривающему действию пищеварительных соков. У людей с повышенным выделением ацетилхолина развивается пептическая язва.

Н. Томсон.

Davie и Spock. *Развитие остеогенной саркомы при болезни Педжета* (The Brit. J. of Surg. V 25, № 98, 1937).

Авторы приводят два собственных наблюдения развития остеогенной саркомы у больных, страдающих болезнью Педжета. Вопрос о взаимоотношении между деформирующим отитом и развивающейся при нем саркомой толкуется авторами по-разному. Некоторые авторы считают это лишь простым совпадением. Большинство же утверждает, что в подобных случаях дело идет о настоящем саркоматозном превращении кости, пораженной болезнью Педжета. Авторы присоединяются к последнему мнению на основании следующих фактов. Остеогенная саркома появляется главным образом у молодых субъектов, тогда как в случае болезни Педжета она наблюдалась в пожилом возрасте, после длительного периода основной болезни. Саркома появлялась обычно на трех козлях, где проявление педжетовой болезни было наиболее сильно выражено. Наконец, во многих случаях саркоматозные поражения при разбираемой бо-

лезни были множественными, чего никогда не наблюдается при первичной остеогенной саркоме. Наоборот, метастазы в другие органы (в легкие, преимущественно), столь частые при этой последней, исключительно редки при саркоме на почве болезни Педжета.

Гистологически наблюдалась фузо-целлюлярная саркома. В обоих своих случаях авторы констатировали множественные скопления остеокластов, которые, по их мнению, образуют переход между болезнью Педжета и саркомой.

Авторы изучали также изменение щитовидной и паращитовидной желез. В обоих случаях наблюдалось уменьшение коллоида в полостях щитовидной железы и резко выраженное уменьшение оксифильных клеток в этих железах.

Прогноз при саркоматозном превращении болезни Педжета безнадежен. Лучевое лечение большими дозами показано только ввиду того, что оно ведет к исчезновению мучительных болей.

Н. Н. Прокофьев.

Wissenbach и Perlès. *Инъекции гистамина при облитерирующем эндоартериите* (Bulletin Médical. Paris 52; 19/II 1938).

Авторы считают, что гистамин показан при облитерирующем эндоартериите ввиду его болеутоляющих свойств и вазомоторного действия. Они применяли его в двух случаях эндоартериита и получили хорошие результаты. Применялся препарат—histaminum bhydrochloricum в растворе 0,5 mg в 1 см³. Превышать эту дозу нельзя. Улучшение наступало сразу же. Боли при ходьбе уменьшались после первой же инъекции. Спонтанные ночные боли становились меньше в первую же ночь после инъекции. Первый пациент получил пять инъекций в течение двух недель. Второй—две инъекции в течение первой недели и по одной инъекции еженедельно в течение следующих трех недель. У обоих больных болей нет (у одного прошло 18 м-цев, а у другого 6 м-цев после лечения).

Н. Н. Прокофьев.

б) Дерматология.

Schönberg. *Пурпуро- и скарлатиноподобная сыпь от сульфаниламида*. (J. Am. m. Ass. v. 109, № 19, 1937).

Автор приводит историю болезни одной пациентки, у которой под влиянием приемов сульфаниламида появилась токсическая сыпь характера пурпуры. Месяц спустя после приема весьма небольшой дозы того же медикамента ее тело покрылось скарлатиниформной экзантемой. Автор советует проявлять большую осторожность при повторных назначениях сульфаниламида в особенности у лиц, у которых во время предшествовавшего курса лечения были отмечены явления характера токсической сыпи.

В. Дембская.

Notaп. *Серное мыло при лечении чесотки*. (Arch. of Derm. a. Syph. v. 36, № 4, 1937).

Автор рекомендует употреблять при чесотке серу в форме мыла. Применяющаяся им мыльная паста содержит 18% серы, в то время как в мази ее имеется всего 14%. Менее чем 0,33 г. серы, равномерно распределенной в виде тонкой пленки по телу, продуцирует количество сернистого водорода, достаточное для истребления клеща. Бумажка, смоченная в растворе уксуснокислого свинца, и серебряные пластинки, положенные в карман, чернели значительно быстрее под влиянием мыла, чем мази. Применение серного мыла ни разу не вызывало дерматита, и одежда не портилась.

В. Дембская.

Flaeger. *Новый метод лечения кожного лейшманиоза*. (La Presse Médic., № 75, 1938).

Автор предъявляет следующие требования к средствам против лейшманиоза: 1) они должны действовать как можно быстрее на возбудителя болезни; 2) должны быть безвредны для тканей организма и не образовывать обезображивающих рубцов; 3) должны обладать постоянным действием.

Сурьма, являющаяся очень хорошим средством при внутреннем лейшманиозе, не оказывает почти никакого действия на кожный лейшманиоз при обычных способах введения ее в организм. Местное ее применение в виде внутрикожных инъекций болезненно и часто вызывает раздражение, ведущее к образованию обезображивающих рубцов. Лечение хирургическим путем, лучами Рентгена, радием также имеет ряд неудобств; кроме того при последних 2 способах нередко наблюдаются рецидивы болезни.

В поисках новых способов лечения автор стал применять средство, давшее прекрасные результаты при лечении малярии и лямблиоза,—атебрин (аналог советского акрихина. Ред.)