

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 см<sup>3</sup>. 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.)