

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 bihydrochloricum 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.

Nolap. 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.

Flaegel. 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.)

Автор лечил этим средством 14 больных с лейшманиозом.

Способ употребления: внутрикожно вводится 0,1 аттебрина, растворенного в 1 или 2 см³ дистиллированной воды, таким образом, чтобы вся гранулема пропиталась жидкостью. Гранулема должна побледнеть от давления введенной жидкости. Инъекция вызывает небольшую боль от растяжения тканей, которая быстро проходит. Бледность и небольшая отечность на месте инъекции держится от 12 до 24 часов. Никаких других последствий инъекции не вызывают.

Уже через 12 часов отмечается разрушение и вакуолизация лейшманий, которые быстро становятся зернистыми. Эти изменения наблюдаются как у свободно лежащих лейшманий, так и у заключенных внутри клеток. Гистиоциты совершенно не повреждаются. Если одной инъекции оказывается недостаточно, ее приходится повторить.

С. Элиасберг.

Gaul. Пустулезная сыпь после фтора. (Клиническая спектроскопия). (Arch. Derm. a. Syph. V. 36, № 1, 1937).

Группе, состоящей из 20 псориатиков, автор вводил 0,05—0,125 г фтористого натрия в день. Спустя 7—10 дней после такого лечения неизменно появлялась пустулезная сыпь. Группа из 20 экзематиков, получавшая такое же лечение, не дала этого осложнения. Автор высказывает предположение, что в псориатической коже содержится какое-то вещество, на растворимость которого оказывает влияние ион фтора. Аналогичным образом реагирует кожа псориатиков и на иодиды, отчасти и на бромиды. Автор указывает на широкое распространение фтора в природе и полагает, что его поглощением с пищей могут быть объяснены некоторые пустулезные сыпи, появляющиеся как бы без видимой причины. Автор приводит подробное описание течения болезни одного псориатика, у которого после 5-дневного приема фтористого натрия псориатические бляшки стали отечными, мокнущими, выпуклыми, напоминающими фунгиоидный микоз. Медикаментозное лечение было прекращено, и больной переведен на сухоядение. Улучшение стало быстро намечаться. Ему стали вводить еще дополнительные порции каротина. До начала лечения автор сжигал полученное путем биопсии точно определенное количество элементов псориатической бляшки и определял спектроскопически линию фтора. При наступившем улучшении спектроскопия была повторена и обнаружила значительное сужение этой линии. Ремиссия, наступившая после этого лечения, была наиболее длительной за все 17 лет болезни этого пациента. Появившиеся при рецидиве бляшки были мельче и менее распространены, чем прежде. Автор обращает внимание еще на то, что соединения фтора вызывают кариозные процессы в зубах.

В. Дембская.

Whitby. Физиотерапия экземы. (Brit. J. of Physic. Medic. Jan. 1938).

Ультрафиолетовые лучи не обладают проникающим свойством подобно инфракрасным лучам. Ультрафиолетовые лучи стимулируют деятельность желез внутренней секреции, что ведет к ускорению обмена кальция, столь важного при лечении болезней кожи. Ультрафиолетовые лучи стимулируют центральную нервную систему, облегчают зуд и боль. Инфра-красные лучи проникают глубоко в ткани и оказывают анальгезирующее действие на нервные окончания, ослабляют зуд, вызывают рассасывание экссудата, улучшают местное кровообращение и обмен кальция, а вторичные инфекции подвергаются обратному развитию. Физиотерапия—весьма ценный метод лечения экземы.

Н. Томсон.

в) Гонорея.

Morel. Лечение гонорей мужчин аминофенил-сульфамидом. (Bull. de la S. fr. de Derm. et. Syphil. № 5, 1938).

Автор приводит краткое содержание историй болезни 5 больных с гонореей (один двусторонний орхоэпидидимит), у которых получен блестящий терапевтический эффект от применения препарата сульфамида 1162 (внутрь по 4,0 в день). На основании литературных данных о лечении гонорей препаратом амино-фенил-сульфамида, автор делает следующие выводы: 1. Действие препаратов 1162 и 1399 на гонорейных больных (мужчин и женщин) неоспоримо. При острых и хронических уретритах препарат 1162 (внутрь в дозах больше 3,0 в день) без применения местной терапии дает излечение в 60% случаев; при среднем сроке лечения 15 дней. Контроль излечения проводился в течение 30 дней. 2. При дозировке этого препарата по 2,0 на день вместе с промы-