

Автор лечил этим средством 14 больных с лейшманиозом.

Способ употребления: внутривенно вводится 0,1 атребина, 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 больший перевес дал суходание. 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-

ваниями по Жанэ получен положительный результат больше чем в 70% случаев. Меньшая эффективность отмечена при орхите, вульвовагините, аните-артрите. 3. Лечение химическими препаратами должно быть начато с самого начала заболевания. 4. Необходимо сделать перерыв в лечении в тех случаях, когда лечение должно продлиться больше 15 дней. 5. Другие химические препараты одновременно с сернистыми препаратами следует применять с большой осторожностью. 6. Больной должен тщательно осматриваться врачом не реже 1 раза в неделю. 7. Осложнения редки. 8. Литреит, фолликулит шейки матки, скенит надо лечить до применения химиотерапии также и местно. *М. Вексель.*

Nicolas и Rousset. Лечение гонорей сульфамидом. (Bull. de la Soc. fr. de Derm. et Syphil., № 5, 1938).

Авторы лечили химическим препаратом „Septoplex“ (пара-аминофенил-сульфамид) 48 больных (с гонореей 42 мужч., 6 ж.).

Из 6 женщин 5, давность болезни которых была не больше 15 дней, были излечены в 7 дней.

На 42 случая лечения мужчин было 8 неудач. В 34 случаях результат лечения химическим препаратом „Septoplex“ был весьма благоприятный. В 18 случаях гонорея была больше 15-дневной давности; больные получали до этого спринцевание 1% протарголом. Излечение было достигнуто в течение 4—7 дней у 15 больных.

Из 16 случаев свежей острой гонореи (от нескольких часов до одной недели) неудача получилась в 5 случаях. В остальных 11 случаях излечение было достигнуто только приемами внутрь химического препарата пара-аминофенил-сульфамида без применения промываний.

Дозировка препарата: По 6 таблеток (1 таблетка 0,5) в день в течение 12 дней.

М. Вексель.

Brulé, Hillemand, Vildé. Лечение сульфаниламидом гонорейного артрита. (Bull. et Mém. Soc. Med. des Hop. de Paris, T 53, 1937).

Авторы приводят два случая гонорейного артрита, которые они подвергли лечению сульфаниламидом. У одного пациента наступило поразительно быстрое выздоровление. Спустя два дня больной почувствовал себя совсем хорошо, хотя до того симптомы заболевания упорно не поддавались никакому воздействию. Два рецидива, появившиеся в то время как лечение было прервано вследствие недостатка сульфаниламида, тотчас прошли как только его приемы были возобновлены. У второго больного имелся гонорейный уретрит, орхит и тяжелая артралгия. Ему давали ежедневно по 2 грамма сульфаниламида. Через два дня боли в суставах прошли, и орхит начал рассасываться. У третьего больного имелся гонорейный ревматизм с псевдо-флегмоной левого колена. Сульфаниламидовая химиотерапия дала быстрый эффект, однако несмотря на продолжающееся лечение наступил рецидив и развился гидроартроз на противоположной стороне.

В. Дембская.

Bierman, Horrowitz. Лечение женской гонореи комбинированным нагреванием. (Am. J. Obst. Gyn. V. 34, 1937).

При лечении женской гонореи авторы прежде всего стремились поднять общую температуру больных, помещая их в кабинет, нагреваемый электрическими лампами, и воздействуя на них токами короткой волны. После того как температура тела достигала 106° F, общее воздействие прекращалось и начиналось местное нагревание области малого таза при помощи диатермии, затем — на 1—2 часа воздействием ультракоротких волн. Общая температура при этом старательно поддерживалась на достигнутом уровне. За последние 6 лет авторы подвергли этому лечению 121 больную. Общее поднятие температуры сочетается с 6-часовым воздействием диатермии на область малого таза и 2-часовым — коротких волн, так что температура влагалища подымается до 109—110° F, в то время как общая держится на 105,5—106,5° F в течение 12 часов. В среднем требуется 2—3 таких сеанса для полного уничтожения гонококков. Такое перегревание переносится тяжело и сопряжено с некоторыми опасностями, поэтому может проводиться только в клинической обстановке и требует большого внимания со стороны ухаживающего персонала.

В. Дембская.