

У 7 из 8 больных пневмококки быстро исчезали из крови. В одном случае эмпиемы стерилизация экссудата под влиянием сульфациридина произошла вследствие уменьшения количества диплококков, а не их декасуляции. Из 45 больных, леченных специфической сывороткой, умерло 2. Из тех, что получали сульфациридин, на 49 случаев наблюдалось 6 смертных исходов.

В. Дембская.

Спринг, Лоуел, Финланд. Действие сульфациридина на пневмококки. J. of Clin. Investigation T. XIX, № 1, 163, 1-1940.

Опыты, проведенные на искусственных средах и человеческой крови не содержащей пневмококковых антител, показали, что сульфациридин (=сульфин) обладает значительным бактериостатическим действием по отношению к пневмококкам. Степень бактериостазиса и даже бактерицидности зависит от концентрации медикамента и количества засеянных микробов. Авторы установили, что сульфациридин обнаруживает свое действие только после того, как начинается рост бактерий. Типспецифическая иммунная сыворотка придает заметные бактерицидные свойства человеческой крови, до того ими не обладавшей. Типспецифическая сыворотка и сульфациридин обнаруживают свое действие на пневмококков как в крови пациентов, перенесших пневмонию, так и в свежей крови нормальных людей. Комбинация небольших доз иммунной сыворотки и сульфациридина является более эффективной, чем каждый из этих агентов, порознь взятый. В присутствии иммунной сыворотки пневмококки разрушаются быстро, от сульфациридина же не сразу, а после определенного скрытого периода.

Делая отсевы на плоские среды из смеси сульфациридина с пневмококками во время их максимального размножения, авторы получали мелкие колонии со слабым гемолизом. Подобные же колонии вырастали из крови пациентов с массивной бактериемией, при посеве вскоре после впрыскивания больших доз сульфациридина, доводящих его концентрацию до 10 мг%. Бактерицидный эффект сульфациридина тут очевиден, так как при отсевах из этих колоний не удавалось получить жизнеспособных особей, в то время как колонии нормального вида давали хорошую всхожесть.

Работая со стрептоцидом, авторы отметили, что он вызывал бактериостаз трех чувствительных типов пневмококка, когда его концентрация в крови достигала 20 мг% в течение 24 часов. При сульфациридине бактериостаз осуществляется уже при 5 мг%.

В. Дембская.

Мулдер, Берг и Еймерс. Рефрактерные к сульфациридину пневмококки. Neder. Tyd schr. V. Geneeskunde, T. 84, 9/III 1940.

Авторы показали в опыте на мышах, что штамм пневмококка, обычно, весьма чувствительный к сульфациридину, может приобрести к нему полную резистентность. Вначале резистентный штамм становится менее вирулентным, чем соответствующий чувствительный. Однако после нескольких пассажей через мышей он вновь приобретает максимальную вирулентность. Полная резистентность при этом вполне сохраняется. С возможностью развития подобного рода резистентности надо считаться в клинике. Тяжелые формы пневмонии надо с самого начала лечить массивными дозами сульфациридина. Рекомендуется комбинировать их с введением специфической сыворотки.

В. Дембская.

Финланд, Спринг и Лоуел. Изучение иммунологических процессов у пневмококков, леченных сульфациридином. J. of Clin. Investigation, T. XIX, № 1, 179, 1, 1940.

Опыты in vitro показали, что сульфациридин оказывает бактериостатическое, даже бактерицидное действие на чувствительных к нему пневмококков. Этот эффект не зависит от иммунного механизма крови. Тот же эффект сульфациридин давал на искусственных средах и в крови нормальных людей. Однако наиболее сильная и наиболее быстрая бактерицидная деятельность его обнаруживалась в присутствии термостабильных антител (агглютининов, опсопинов и защитных веществ).

Опыты, проделанные в течение первых трех часов контакта, указывают на то, что иммунные тела обнаруживают свое пневмококкоцидное свойство сразу же.

Образование антител в крови у больных, получавших сульфациридин, шло по такому же типу, как и при спонтанном выздоровлении. Защитные вещества редко появлялись раньше 6-го дня, а агглютинины — раньше седьмого. Комбинация обоих эффективных агентов сульфациридина и типспецифической сыворотки является наилучшим методом лечения пневмонии.

В. Дембская.

б) Дерматология

Acne vulgaris. J. of Investig. dermat. vol. 3, № 2, 1940.

Издатель журнала обратился с просьбой к американским дерматологам ответить на вопросы о методах лечения угрей.

Проф. Joseph Klaunder ответил, что он применяет рентгенотерапию незави-

симо от возраста больных, результаты большей частью благоприятны. Местно применяются серные препараты, обезжиривающие вещества; пустулы и комедоны удаляются иглой для удаления катаракта. При пустулезных формах рекомендуется применение собственной крови, молока.

Проф. Mac k e l проводит рентгенотерапию в течение трех лет с годовыми промежутками, однако, лишь у больных старше 14 лет. Местной терапии в период эритемы и десквамации автор не применяет. Губы при рентгенотерапии не защищаются. Местно рекомендуется sodium hyposulfat, 15,0, резорцина 8,0, В—naphтол 0,24, alcohol 30,0, aq. Rosarium 20,0. В некоторых случаях назначается гелиотерапия — освещение кварцем.

Проф. M i s h e l s o n рекомендует рентгенотерапию, дающую в ряде случаев благоприятный эффект. Одновременно с рентгенотерапией применяет местную терапию; при рентгеноосвещении губы не защищаются. Инцизия и экстракция комедонов показаны. Из местных средств рекомендуется салициловая кислота, резорцин и серные препараты.

Проф. M i l l e r и асс. T a u s s i g местно применяют цинковую пасту с 100% каолина и 100% преципитатной серы; по утрам кожа лица протирается составом: сулема 0,13, резорцин 2,0 и спирт 180,0. Иногда местная терапия комбинируется с рентгеном, но в этих случаях дозировка слабая, и интервалы между освещениями удлиняются. Защиты губ не требуется. Рекомендуются свежие фрукты и овощи; некоторым анемичным больным назначается витамин В.

А. Д.

Goldman. *Болезнь Годжкина* I. A. M. A. vol. 114, № 17, 1940.

В статье приведен анализ 212 случаев болезни Годжкина. Заслуживает внимания наличие и характер изменений со стороны кожи, которые наблюдались у 80 больных. Они выражались либо простым зудом, либо множественными узлами или даже генерализированным эксфолиативным дерматитом. У 9 больных зуд появился перед тем, как стала обнаруживаться аденопатия. Зуд может существовать один, или сопровождать морфологические элементы на коже. Иногда у больных, страдающих зудом, отмечаются расчесы. У некоторых больных наблюдались папулы с поверхностной ulcerацией очень схожие по виду с папулами при чесотке. У 9 больных наблюдался опоясывающий лишай, указывающий на вовлечение спинальных узлов. У двух больных был генерализированный эксфолиативный дерматит. У одного из этих больных в течение 9 месяцев на нижних конечностях держался экзематозный процесс и был отмечен лимфаденит, как полагали врачи — хронического воспалительного происхождения. Маз и инъекции не давали никакого эффекта. Когда у больного обнаружилось заболевание лимфатических узлов в подмышечной впадине — был установлен правильный диагноз — болезнь Годжкина. Биопсия кожи показала наличие диффузной инфильтрации лимфоцитами. На миндалинах ни у одного из 212 больных не было найдено никаких изменений. Это является важным признаком, дающим право относить заболевание к лимфосаркоме.

А. Д.

Norwood a. Evans. *Дерматит от резиновых перчаток („glove phytids“)* I. A. M. A. vol. 114, № 16, 1940.

Обследовав 300 рабочих, автор обнаружил у 20 из них дерматит на руках. Эти лица работали в резиновых перчатках 7—8 часов и имели контакт с растворами мыльных стружек и глицерином. После работы они моют руки жидким мылом. Клинически отмечается появляющийся временами небольшой зуд и пузырьки на невоспаленном основании на боковых и тыльных поверхностях пальцев рук. Сероватые пузырьки появляются и на ладонях. В некоторых случаях зуд распространяется на предплечье. У ряда больных можно обнаружить все фазы экзематозного процесса. У всех 20 больных с дерматитом при обследовании чешуек с пальцев ног были обнаружены грибки. Получены культуры на средах. Интракунные реакции с трихофитином и опидиомином оказались положительными, что указывает на наличие сенсibilизации кожи к продуктам грибов. Применение у больных порошка на ноги из салициловой кислоты 5,0, ментола 2,0, камфоры 8,0, борной кислоты 50,0 и крахмала 35,0 до работы и на время работы задерживало развитие дерматита. В резистентных случаях приходилось дезинфицировать обувь формалином. Автор полагает, что дерматит у рабочих обусловлен двумя причинами 1) травматизацией рук перчатками и 2) сенсibilизацией кожи рук к грибкам (очаги на ногах).

А. Д.

Walter Fr. и Oszast Z. *К химиотерапии кожного туберкулеза руброфеном* Acta derm — vener; vol. XIX, стр. 491—509, 1938.

Руброфен ($C_{22}H_{20}O_6$), — действующее начало гваякола, совершенно безвредное для организма. Он имеет вид темно-красных кристаллов, плохо растворимых в воде и алкоголе. Авторы испытали его действие на 37 больных с различными формами кожного туберкулеза. Руброфен применялся преимущественно в форме таблеток по 0,15