

конечно, не представляется возможным делать вывод о характере и сущности тех болезненных процессов, которые лежат в основе нарушения обмена, с одной стороны, а с другой—поставить в несомненную связь с ними существующую у больных одновременно экзему. Для решения дальнейшего вопроса необходимы дальнейшие и более детальные исследования у экзематиков обмена веществ (углеводного, пуринового, минерального, в частности электролитического).

Имеющиеся в настоящее время исследования Рн крови у экзематиков дают некоторое основание полагать, что между нарушениями в обмене и некоторыми клиническими формами экземы все же существует какая-то, ближе нам еще мало известная, зависимость, б. м. выражающаяся в развитии т. н. готовности кожи к воспалению, ее повышенной чувствительности, которая является результатом дисфункции внутренних органов (Pulay).

Из Кожно-венерической клиники Ин-та для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (Врид. зав. клиникой приват-доцент С. А. Голосовкер).

Лечение мягкого шанкра ионофорезом.

Ассистента И. А. Кугушева.

Введение ионов лекарственных веществ в организм, путем электролиза, известно давно. Целый ряд авторов применял этот метод терапии при различных кожных заболеваниях: Sautier вводил ионы иодистого калия и получал хороший эффект при язвах голени, Leduc с большим успехом проводил ионо-терапию цинком при хронических процессах (язвах, абсцессах и т. д.), Wirz получил удовлетворительные результаты при глубокой трихофииции, некоторых формах сикоза, экземе и волчанке. Bourignon при рубцах применял следующий метод: отрипательный электрод, обернутый марлей и смоченный 1% раствором иодистого калия, прикладывал на пораженный очаг, а другой электрод ставил рядом с первым. В течение курса лечения автор делал 15 сеансов с промежутками в один день. Длительность сеанса была 25 минут, при силе тока 4—5 м. а. Путем гальванического тока вводились ионы различных медикаментов при многих кожных болезнях: при склеродермии—ионы иода (Louste, Lean, Thibaut, Lucas), при бородавках—ионы магnezии (Leduc, Leuss, Jones), при волчанке—ионы цинка (Mackenna, Tauber), при гипертрихозе—ионы таллия (Louste, Diamer, Iuster), при красной волчанке—ионы цинка (Попов), при кожном зуде—ионы аканитина (Iuster, Louste), при язвах после рентгеновского облучения—ионы цинка (Волков).

В нашей клинике д-ром Бейрахом применяется с большим успехом ионофорез иодистым калием простаты в целях диагностики и терапии осложнений мужской гонорреи.

Lersild применял ионофорез при мягком шанкре. Он провел 13 случаев и получил излечение в течение 6—18 дней, рекомендуя ионофорез лишь в свежих случаях.

Автор пользовался следующим методом: в сосуд с 1—2% раствором сульфата меди погружалась медная пластинка, которая соединялась с анодом электрической батареи, другая металлическая пластинка, обтянутая ватой и смоченная физиологическим раствором, помещалась на ягодицу и соединялась катодом. В означенный сосуд погружался пораженный *penis* с язвами, причем язвы предварительно очищались, а в случае фимоза промывался преуциальный мешок с сульфатом меди. Сеанс продолжался 20—25 мин. при силе тока 15—20 м. а.

Мы проводили вышеуказанную методику с некоторыми изменениями: в фарфоровый сосуд, емкостью в 1 литр, вливали раствор в 1/2—2% сульфата меди. Медная пластинка размером 10×15 см., соединенная с анодом, погружалась в этот сосуд. Второй электрод—изоловянная пластинка, соединенный с катодом, накладывался на мешочек с песком и покрывался сверху ватной подушкой, размером 15×10, смоченной простой водой комнатной температуры. На этот электрод садился больной. Язвы тщательно очищались ватой, смоченной сульфатом меди; в случаях фимоза преуциальный мешок промывался упомянутым раствором. В означенный сосуд погружался пораженный мягкошанкрными язвами *penis*.

Нами было использовано этим методом 18 больных.

Первый сеанс, как ориентировочный, был длительностью 4 мин. при силе тока 4 м. а. Второй сеанс—15 мин. при силе тока до 15 м. а., третий сеанс—25 мин. при силе тока до 25 м. а. и четвертый сеанс 30 мин. при силе тока до 28 м. а. При дальнейших сеансах сила тока и длительность процедуры не увеличивалась. Между отдельными сеансами делался перерыв в 1 день.

Обычно после 1-го сеанса мы получали в области язв реакцию в виде болезненности, длящуюся в течение 20—30 минут. Кожа, окружающая язву, становилась гиперемизованной, сама язва покрывалась налетом, напоминающим медную ржавчину. При повторных сеансах, в зависимости от силы тока и длительности его, эти явления выступали значительно резче и интенсивнее.

На другой день после 1-го сеанса мы отмечали уменьшение отделяемого, язвы несколько уменьшались в размере. После 2-го сеанса язвы совершенно очищались, наблюдалась грануляция. В дальнейшем сеансы продолжались в зависимости от величины и различной локализации язв. Заживление язв в наших случаях наступило у 13-ти больных с открытыми язвами в промежутки от 4—17 дней; в 4-х случаях с фимозом—в течение 6—25 дней.

Из указанных 13-ти больных у 5-ти отмечались бубоны; что касается влияния ионофореза на бубоны при мягком шанкре, то об этом мы упомянем в дальнейшем; здесь мы только укажем, что у остальных 8-ми больных в процессе лечения мы не наблюдали осложнений в виде бубонов.

Привожу ряд историй болезней:

1-й случай. Больной Т., истор. бол. № 375, рабочий, болен 2 недели. На *truncus penis* появилась величиной в просыное зерно язвочка, которая в течение 2-х недель увеличилась до волоцкого ореха. Местное лечение подформом улучшения не дало. В клинику поступил 7/II 30 года. Больной среднего роста, хорошего питания, слизистая слегка бледновата, других отклонений от норм не обнаружено. Процесс локализуется в области *truncus penis* в виде одной язвы округлой формы, величиной несколько больше волоцкого ореха, с обильным отделяемым, подрытыми краями и изъеденным дном, мягкой и болезненной. Кожа, окружающая язву, несколько воспалена и отечна. Палочки Дюкре не найдены.

8-го февраля проведен 1-й сеанс с 1/2% раствором *Cupri sulfur* длит. 4 мин. при силе тока в 4 м. а. После сеанса язва покрылась характерным налетом медной ржавчины; в области язвы отмечается болезненность, длившаяся в течение

20-ти минут после сеанса. 9/II—выделение из язвы значительно уменьшилось, болезненность исчезла. 10/II—язва продолжает уменьшаться, очищается. Проведен 2-й сеанс, сила тока 10 м. а., длит. 15 мин. После сеанса в области язвы отмечается интенсивный характерный налет. 11/II—язва совершенно очистилась и значительно уменьшилась в размере. 12/II—проведен 3-й сеанс, при силе тока до 25 м. а., длит. 25 мин. 15/II—язва полностью зажила.

2-й случай: Больной А., истор. болезни № 491, служащий, болен 2½ месяца. На язве применялись разнообразные медикаменты, но улучшений не наступало. Status praesens: имеются 2 язвы: одна локализуется на спинке penis'a, на расстоянии 1 см. от венечной борозды, округлой формы, величиной в 5-ти коп. монету. Эта язва имеет изъеденное грязное дно, с круто обрезанными краями, при опусывании представляется мягкой, болезненной. Вокруг язвы кожа гиперемирована. Другая язва занимает почти всю венечную борозду, имеет продолговатую форму, также с обильным отделяемым, довольно глубоким и изъеденным дном, с несколькими подрытыми краями. Паховые железы не изменены. Бактериоскопически обнаружены палочки Dusey'a.

8/III-30 г. проведен 1-й сеанс с 1% раствором Cupri sulf. при силе тока в 4 м. а., длит. 4 мин. После сеанса держится болезненность. 9/III—язвы заметно очистились. 10/III—проведен 2-й сеанс, при силе тока до 15 м. а. длит. в 20 мин., язвы уменьшились в объеме; выделение значительно уменьшилось. 11/III—язвы продолжают очищаться и гранулируют. 12/III—проведен 3-й сеанс, при силе тока до 20 м. а., длит. в 25 минут. 13/III—появились островки грануляции в середине язв. 15/III—проведен 4-й сеанс, при силе тока до 25 м. а., длит. в 28 мин., язвы значительно уменьшились в размере. 25/III—полное заживление язв.

Приведенный нами 2-й случай представляет особый интерес тем, что у него мягкошанкрные язвы не поддавались никакой медикаментозной терапии в течение 2½ месяцев; лишь после применения ионофореза, сравнительно в короткий срок (17 дней), наступило полное заживление.

Как видно из историй болезней, открытые немногочисленные язвы поддаются быстрому излечению; лишь в одном случае, где мы имели диссеминированный процесс (до 30 язв на penis'e), длительность лечения продолжалась до одного месяца, т. к. ионофорез приходилось проводить на различные очаги поражения.

При наличии бубонов язвы также быстро поддавались лечению, но на рассасывание бубонов и на более быстрое их исчезновение ионофорез влияния не оказывал. Бубоны лечились обычными методами (тепло, мази).

Из 2-й группы больных (5 чел.) с фимозами—ионофорез применялся 2-м больным раствором Cupri sulf. от 1½ до 2% ; длит. сеанса доводилась до 30 минут, сила тока до 28 м. а.

Больной К., 18 лет, истор. бол. № 359, служащий, болен 7 дней. Больной среднего возраста, удовлетворительного питания, крайняя плоть отечна, не заворачивается. Вся кожа гиперемирована. Из препуциального мешка обильное выделение. На уровне венечной борозды прощупывается мягкая инфильтрация. Паховые железы слегка увеличены. Палочки Dusey'a найдены.

Этому больному проведено всего 9 сеансов в течение 26 дней. 1-й сеанс—4 мин. при силе тока в 4 м. а. с 1½% раствором cupri sulf; 2-й сеанс—с 1% раствором Cupri sulfur, длит. 20 мин., при силе тока 15-ти м. а.; 3-й сеанс—с тем же раствором, при силе тока 25 м. а., длит. 20 мин.; 4-й сеанс—2% раствором, при силе тока до 20 м. а. в течение 30 мин. После 3-х сеансов у больного никакого улучшения не наступило, отек также держался, выделение из препуциального мешка не уменьшилось. 4-й же сеанс, проведенный с крепким раствором (2%), дал ухудшение процесса, выразившееся в появлении гиперемии вокруг язвы. К вечеру на этом месте появился пузырек размером 2×1 см., в силу чего мы были принуждены прекратить применение ионофореза и назначить индифферентную терапию. После ликвидации отека применением горячих ванн нами обнаружено следующее:

На венечной борозде имеются 5 язв, причем одна из них, слева, имела величину, превосходящую 5 коп. монету, с резко подрытыми краями и с глубоким изъеденным дном, обильным выделяемым, сероватого цвета. Остальные четыре язвы, величиною с горошину, помещались на верхней, боковой поверхности венечной борозды, округлой формы, покрыты сероватым налетом.

Мы решили в дальнейшем у данного больного применять ионофорез непосредственно на язву, уменьшая крепость раствора до $\frac{1}{2}$ и силу тока до 15-ти м. а., длит. 15 мин. Проведя таким образом 5 сеансов мы получили быстрое излечение процесса в течение 11-ти дней.

Отмеченное выше осложнение в виде появления пузырей нельзя отнести за счет повышения силы тока и продолжительности сеанса, т. к. в нашей клинике при гонорейных простатитах и др. осложнениях проводят ионофорез до 50 м. а. и выше. Мы приняли все меры предосторожности в отношении электродов, применяя их на значительном расстоянии от пораженного очага.

Отек препуциального мешка не поддается воздействию ионофореза, а наоборот, после сеанса наблюдается ухудшение. Постоянное выделение из препуциума также подтверждает отсутствие влияния ионофореза на язвы, скрытые в препуциальном мешке, что подтверждается на первом больном из 2-й группы, у которого после фимоза обнаружено пять язв, причем одна из них была глубокой с обильным отделяемым; во всех остальных случаях, осложненных фимозом, быстрое заживление язв наступало лишь после ликвидации отека и при непосредственном ионофорезе на язвы.

На основании наших наблюдений мы позволим себе сделать следующие выводы:

1. Среди других методов лечения мягкого шанкра ионофорез выгодно отличается от них, т. к. требует значительно меньше времени (5—17 дней), в особенности при открытых начинающихся язвах.

2. При мягком шанкре, осложненном фимозом, ионофорез влияния не оказывает ввиду закрытия язв фимозом.

3. На течение мягко-шанкрных бубонов ионофорез влияния не оказывает.

4. Высокие концентрации раствора сульфата меди (2%) вызывают раздражение кожи и тем самым удлиняют процесс лечения. Целесообразно применять $\frac{1}{2}$ —1% раствор.

5. Длительность сеанса не должна превышать 30 мин., сила тока не свыше 25 м. а.

Из Кожно-венерическ. клин. Института для усовершенствования врачей.
(Вр. завед. приват-доцент С. Я. Голосовкер).

К вопросу о Lichen ruber.

И. А. Кугушева и М. Б. Поташника.

Группа лихеноидных заболеваний кожи до сих пор занимает внимание дерматологов. К группе красного лишая относятся по свойству папул различные формы: Lichen ruber planus, acuminatus, verrucosus, obtusus, corneus pemphigoides, atrophicans и др. До сих пор не вполне выяснено, связаны ли эти формы между собой клинически, или представляют неза-