

сифилидов, лейкомеланодермии и лейкодермии (Ann. mal. vén. № 2, 1937). Автор различает три формы пигментных сифилидов: 1) гиперпигментация — типичным является пигментный сифилид Гарди, 2) лейкодерма — участки менее окрашенные, чем нормальная кожа — вторичный сифилид, описанный Фоксом и Нейссером, 3) лейкомеланодермия, описанная Фурнье — участки депигментированные, расположены на гиперпигментированном основании. В вопросах номенклатуры не существует единообразия, и в разных странах употребляются различные названия заболеваний, характеризующие одно и то же изменение кожи при сифилисе. Лейко-меланодермия является вторичным сифилидом, в то время как витилиго есть уже поражение более позднего периода сифилиса — ретического, скрытого, а может быть — проявление врожденного сифилиса; специфическое лечение оказывает свое благотворное влияние на первую форму, тогда как на вторую не оказывает никакого влияния. Высказывается предположение, что сифилитическая лейкодерма локализуется на месте розеола, а меланодермия — на месте папул. Локализация пигментных сифилидов преимущественно на шее и верхнем отделе туловища, но возможно и на конечностях, правда крайне редко. Сифилиды пигментного порядка и несомненно имеют связь с основным заболеванием.

А. Д.

Galliot. *Печень и антисифилитическое лечение* (Ann. mal. vén. № 5, 1937). При проведении антисифилитического лечения на печень возлагается функция ассимиляции химических препаратов, применяемых для целей терапии. Так как печень в ряде случаев не справляется с этой задачей, естественно, возникла задача назначать при проведении антисифилитического лечения экстракты печени. Все авторы, употреблявшие экстракт печени при лечении сифилиса препаратами мышьяка и висмута, независимо от метода применения этих экстрактов, наблюдали благотворное действие на течение заболевания. Недостаточная функция печени, даже выраженная крайне легко, ведет часто к появлению различных осложнений. Назначение экстрактов печени при проведении антисифилитического лечения не гарантирует все же от различных явлений непереносимости мышьяка и висмута.

А. Д.

Aladar Varga. *Изменения картины крови при сифилисе* (Arch. f. Dermat. u. Syph. № 2, T. 175, 1937). Автор подверг изучению картину крови у 80 сифилитиков, разделенных на 4 группы: 1) больные в первой стадии заболевания, еще не лечившиеся, 2) больные во второй стадии — не лечившиеся, 3) нелеченные больные III и IV стадий заболевания и 4) леченные случаи сифилиса. Автор установил, что в начале заболевания наступает усиленная анемия, которая затем уменьшается. В дальнейшем отмечается усиленная гиперхромия. Сдвиг в картине белых кровяных шариков является результатом уже ослабевающей инфекции со слабой реакцией. Лимфо-моноцитоз является указателем на наличие хронического течения болезни. Эозинофилия при наличии кожных явлений, изменения тканей, не является показателем тяжелого воздействия токсинов на организм. Между клинически изолированными стадиями сифилиса нет заметных различий. В качестве дифференциально диагностического пункта для сифилиса характерно: незначительное уменьшение палочковидных форм, моно-лимфоцитоз; нормальное содержание числа белых и красных телец или незначительная лейкопения, маловыраженная и средней степени анемия с тенденцией к гиперхромии, анизо-пойкилоцитозом, который в дальнейшем может перейти в незначительной степени выраженную анемию.

А. Д.

Sobei Jidé et Tamao Jidé. *Новая реакция для диагностики сифилиса* (Ann. mal. vén. № 5, 1937). Реакция Вассермана, как известно, требует значительного количества ингредиентов и довольно сложна. Предлагаемая авторами реакция очень проста; требуется только капля крови, и чтение результатов производится с помощью микроскопа. Реакция авторов проводится в течение нескольких минут у постели больного и, кроме того, реакция пригодна для исследования кровяной сыворотки, спинномозговой жидкости и экссудата пузырей. Приготовление антигена состоит в очистке мышцы сердца и обработке ее 95° спиртом, затем мышцы кладут в алкоголь в пропорции 20,0 мышц на 100 см³ алкоголя и оставляют при температуре 6° в течение 7 недель, подвергая смесь встряхиванию каждый день два раза: утром и вечером. Через 7 недель смесь фильтруется и жидкость сохраняется в прохладном месте. К 100 см³ этой жидкости добавляют 0,2 холестерина, нагревая смесь до 56° в течение 10 мин. (жидкость № 1). К другой порции фильтрованной жидкости добавляют бензойной кислоты Мерка до 5% раствора (жидкость № 2). Затем изготавливается 1% алко-

гольный раствор кристалвиолета (жидкость № 3). Наконец, готовят алкогольный 10% раствор азура II. В дальнейшем к 10 см³ жидкости № 1 добавляют 5 см³ жидкости № 2, тщательно их смешивая. 1 см³ жидкости № 3 смешивают с равным количеством жидкости № 4 и 1 см³ этой смеси добавляют к смеси, изготавливаемой из жидкости № 1 и № 2. Пурпурно-голубая жидкость, получаемая в конечном итоге, и есть исходный готовый антиген пригодный к употреблению. Дальнейшее изготовление и разведение раствором соли, смешение капли крови и антигена на стекле и исследование результатов реакции под микроскопом. Положительная реакция характеризуется окраской массы жидкости в красивый пурпурно-голубой цвет. Если реакция отрицательная, то этих изменений не наблюдается, и кровяные шарики можно вполне ясно различить. В статье приведен ряд подробностей, касающихся методики разведения крови и антигена, чтения реакции, сохранения антигена в холодное и теплое время года. Изучение реакции Вассермана и только что описанной реакции на 162 больных дало вполне благоприятные результаты: ни в одном случае не наблюдалось такого явления, чтобы при отрицательной реакции Вассермана реакция автора дала бы положительный результат. А. Д.

Sezary et A. Durgung. Спинно-мозговая жидкость у сифилитиков, подвергшихся раннему и комбинированному салварсано-висмутотому лечению (Bull. de la Soc. Française de Dermatologie et Syph. № 5, 1937 г.). Исследование спинномозговой жидкости у сифилитиков в раннем периоде болезни имеет большое практическое значение. Авторы обнаружили патологическое изменение спинно-мозговой жидкости у $\frac{2}{3}$ больных в ранних стадиях болезни. Таким больным угрожает осложнение со стороны нервной системы. У 52 больных, подвергшихся раннему лечению по методике авторов, патологическая спинно-мозговая жидкость пришла в норму. Лечение было такое: 1-й курс — инъекции новоарсенобензола в дозах 0,15 до 0,75—0,9. На курс для человека весом 60 кг 6,5—7,0, на этот же курс больной получает 18 инъекций масляной взвеси висмута. После курса отдых 1 м., затем следует курс из одних инъекций новоарсенобензола, месяц отдыха, затем 15 инъекций висмута. Такое лечение авторы называют „атакующим“. Исследование спинномозговой жидкости производится через 1 месяц после курса. У всех 52 больных после атакующего лечения спинно-мозговая жидкость стала нормальной. Все они подвергались в течение 3 лет ртутному и висмутотому лечению. М. Вексель.

I. Franke. Бледные спирохеты в неизменной коже у лиц, пораженных сифилисом (Annale de Derm. et de Vénérologie № 11, 1936 г.). Автор искал бледную спирохету в видимо здоровой коже 10 больных сифилисом и в коже 10 здоровых. Техника: кожа вытиралась спиртом, целость эпидермиса нарушалась путем трения наждачной бумагой или путем образования пузырей при помощи кантаридинового пластыря. В коже здоровых людей бледная трепонема ни разу не была обнаружена. У сифилитиков результаты получены следующие: при серопозитивном первичном сифилисе положительные результаты в 30% случаев (всего 10 больных, спирохета у 3), при серонегативном первичном сифилисе спирохета обнаружена в 10% (больных исследовано 12), при вторичном сифилисе с проявлениями положительный результат в 47% (больных 15), при латентном серонегативном сифилисе положительный результат — в 33% (больных 6), при серопозитивном латентном сифилисе результат отрицательный (11 больных). После однократного введения новарсенабензола (0,4) этим же больным спирохеты не были обнаружены там, где они раньше были.

Выводы автора: 1) наличие бледных спирохет в коже еще недостаточно для провоцирования болезненных симптомов, для этого нужна реактивная активность организма; 2) лица, имеющие явные проявления сифилиса, способны вызвать заражение путем контакта поверхности их видимо здоровой кожи по мимому половым сношениям. М. Вексель.

М. J. Daërow. О влиянии витамина С на токсичность и активность новарсенобензола (Bull. de la S. de Derm. et Syph. № 7—1937, стр. 1801). Durel доказал, что витамин С, прибавленный к новарсенобензолу, уменьшает его терапевтическую активность у мышей, зараженных трипанозомой Brucei; это уменьшение зависит от дозировки витамина С. На клиническом материале у людей а. не мог подтвердить наблюдения Durel'я о влиянии аскорбиновой кислоты на уменьшение терапевтического эффекта новарсенола. А. наблюдал 6 больных с сифилитическим шанкром в серонегативном периоде. Они лечились арсенобензолом вместе с 0,05 г витамина С на каждую инъекцию. После одного курса