

Маур. *Проблема волчанки* (Derm. Woch., № 2, 1937)

Изучая материал, касающийся 2725 больных волчанкой, автор заинтересовался вопросом о связи волчанки с раком. Среди указанного числа волчаночных больных оказалось 90 человек, больных карциномой (3%). Умерли от рака 34 человека. Возраст больных обычно свыше 50 лет. Карцинома у волчаночных больных в подавляющем числе случаев встречается на лице, т. е. на участке, где волчанка из косметических соображений подвергается обычно особенно энергично лечению. Автор заинтересовался вопросом о влиянии рентгенлучей на волчаночный процесс и выяснением того, не является ли этот метод лечения причиной возникновения рака у волчаночных больных. Анализ материала, касающегося 90 карциноматозных больных, показывает, что 48 человек подвергались в процессе лечения волчанки облучению, а 42 были лечены другими средствами. Из всего же числа 2725 волчаночных больных 35% подверглись облучению рентгеном. Таким образом, материалы автора не доказывают влияния рентгенотечения на возникновение карциномы у волчаночных больных. А. Д.

Schönfeld. *Экстракты аскарид и кожи* (Arch. of. Derm. a. syph. Bd. 175, № 1, 1937).

Аскариды свиней и человека отмывались, высушивались в термостате и разрушались, разводились 1/2% раствором фенола в отношении 1:5, помещались в термостат на четверо суток; за этот срок раствор подвергался встряхиванию в шюттельаппарате, затем раствор подвергался центрифугированию и пропусканию через свечу. Получавшаяся после фильтрации слегка опалесцирующая жидкость запаивалась в ампулы. Экстракт приготавливался в разведениях 1:5—1:50 и впрыскивался внутрикожно в количестве 0,5—0,2 куб. см для изучения реактивности кожи. Оказалось, что чувствительность кожи людей к экстракту из свиных и человеческих аскарид повышена. Можно отметить после введения экстракта появление ранней и поздней реакций. При повторных введениях экстракта удается sensibilizировать организм человека.

Смотря по обстоятельствам, наступает картина анафилактического шока с появлением сыпи типа крапивницы. Повышенную чувствительность удалось перенести по Праусниц—Кюстнеру. В первые часы шока удается определить, как правило, падение числа эозинофилов в периферической крови, что патогномично для аллергической реакции вообще. Внутрикожное применение экстрактов из аскарид не имело практического применения для определения наличия в организме аскарид, оксидур и трихоцефала, ибо реакция часто отсутствует у явных носителей червей. А. Д.

Hodges, Berger. *Рентгенотерапия некоторых инфекционных заболеваний кожи* (J. Am. M. Ass. V. 101, № 19, 7/XI, 1937)

Инфекционные заболевания, подлежащие лечению рентгеновыми лучами, авторы подразделили на две группы, руководясь не этиологическим моментом, а чувствительностью и рецептивностью их по отношению к лучистой энергии. С этой точки зрения к первой группе были причислены: ранние локализованные формы рожи у взрослых, фурункулы, грануломы, инфицированные гемангиомы, определенного типа целлюлиты и лимфангоиты, болезнь Микулича, паротит и ринофима. Ко второй: карбункулы, бластомикоз и споротрихоз.

Заболевания первой группы настолько хорошо поддаются радиации, что никакого дополнительного лечения не требуется. При роже рентген

действует как своего рода спецификум. Ограниченные ранние фокусы исчезают уже через 24 часа после радиации. Температура падает, токсическое состояние быстро выравнивается, отек и эритема исчезают, оставляя после себя шелушащуюся, слегка сморщенную поверхность через 36—48 часов. Доза не превышает 100—150 „г“ при 85 KV нефльтрованных лучей. Лучи должны заходить за край видимого поражения и тем препятствовать дальнейшему продвижению стрептококков в кориум.

Фурункулы тоже легко поддаются воздействию X-лучей. Доминирующим микроорганизмом здесь обычно является стафилококк и демаркационная линия патологического процесса тут бывает резко обозначена, совпадая с краями индурации.

При ранних, не вполне развитых формах, лечение действует abortивно в течение 12—14 часов. Доза нефльтрованных лучей должна точно ограничиваться краями пораженной зоны. При более поздней стадии ускоряется созревание и прорыв гнойника. При хроническом фурункулезе заднешейной и подмышечной областей следует применять лучи, пропущенные через алюминиевый фильтр в 4—6 мм, так как тут патологический процесс развивается более глубоко в подкожной клетчатке. Лучи надо направлять как на глубокие слои, так и на вновь появляющиеся поверхностные образования. 125 „г“ при 125 KV и 6 мм фильтра, повторенные несколько раз через недельные промежутки, почти всегда приводят к полному успеху.

При инфицированных лимфангиомах и грануломах рентгенотерапия очень часто оказывает хорошую помощь там, где все другие средства отказываются действовать. Обильные разрастания сосудистой и целлюлярной ткани, образующие опухолеобразные наросты, требуют больших доз—от 700 до 900 „г“ нефльтрованных лучей. Под их влиянием разрастания подвергаются обратному метаморфозу и исчезают в течение 2—4 недель, оставляя после себя небольшой мягкий рубец.

Целлулиты определенного типа, например, те, что образуются после экстракции зуба или после абразии кожи, легко поддаются рентгеновскому лечению. Под их влиянием процесс ограничивается, наступают репаративные явления, что предотвращает возможность наступления осложнений. Применяется от 100 до 150 „г“ нефльтрованных лучей.

При лимфангите красные полосы, радиобразно расходящиеся вдоль конечности, весьма быстро исчезают от рентгеновского освещения. При более поздней стадии, когда лимфатические каналы становятся ригидными и прощупываются в виде шнурков, приходится повторно применять осторожно дозы лучей. Если не наступает достаточно скоро ответной реакции, то следует комбинировать рентгеновское лечение с другими мероприятиями, как, например, трансфузия крови от нормального, или соответственно иммунизированного донора, или ввести лечебную сыворотку. Болезнь Микулича, сводящаяся к хроническому воспалению слезных и слюнных желез, требует более массивных доз освещения, чем вышеописанные заболевания, так как при ней имеется значительное разрастание соединительной ткани, инфильтрация лимфатическими и гигантскими клетками и дегенерация эпителия. Наиболее эффективной является доза в 400 „г“ при 200 KV и 1 мм Спид-фильтра. Патологический процесс при ринофиме сводится к гиперплазии эпителия, разрастанию кровеносных сосудов и глубокорасположенных инфицированных лимфатических желез. 300 „г“ фильтрованных лучей могут привести изуродованный нос к нормальному состоянию.

Ко второй группе авторы отнесли такие заболевания, где рентгеновское освещение является не главным, а весьма ценным вспомогательным средством. При карбункулах в самом начале есть основание добиваться abortивного исхода применением большой дозы лучей. При уже глубоко зашедшем процессе лучше действуют повторяемые через короткие промежутки малые дозы нефльтрованных лучей. Скучный водянистый экссудат под влиянием облучения становится обильным серопурулентным, плотная индурация смягчается, мелкие сецернирующие синусы сливаются в обширную гнойную полость, которая очищается в течение 3—6 дней, в результате получается рубец, в косметическом отношении гораздо более благоприятный, чем при других методах лечения. При бластомикозе и споротрихозе дается 500 — 700 „г“ фильтрованных лучей. Опыты на лабораторных животных показали, что при начальных стадиях деструктивных процессов рентгеновские облучение ускоряет дезинтеграцию тканей, обуславливает более совершенный дренаж и ускоряет заживление. Эффект радиации основывается главным образом на чувствительности, которую обнаруживают по отношению к ней белые кровяные тельца, в особенности лимфоциты.

Опыты показали, что рентгеновы лучи не оказывают действия на культуры микробов в лабораторной обстановке, в живом же организме их гибель обуславливается косвенным влиянием вследствие воздействия X лучей на лейко-и лимфоциты. Различные заболевания и даже разные стадии одного и того же процесса требует различной дозировки. Те патологические процессы, которые сопровождаются большой инвезией лимфоидных элементов, поддаются воздействию значительно быстрее и легче, чем те, где имеется большое разрастание соединительной ткани при малом количестве лимфоцитов.

В тех случаях, где рентгеновское освещение приходится сочетать с тепловыми процедурами, надо обратить внимание на то, чтобы компрессы и припарки строго ограничивались заболевшей областью и не заходили за ее пределы, так как в противном случае развивается совершенно нежелательный отек тканей.

*В. Дембская.*

### г) Нервные болезни.

Guillain, Bertrand, Messynty. *Случай сужения Сильвиева водопровода на почве опухоли* (Revue Neurologique, т. 63, № 5, 1936).

Женщина 26 лет поступила в клинику Сальпетриер в декабре 1935 г. За два года до поступления стала жаловаться на сильную головную боль, перемежающегося характера, особенно в лобной области, увеличивающуюся при наклонении головы вперед, назад и при ходьбе. Раза два в месяц эта боль сопровождалась сильной рвотой с желчью, особенно по утрам. Одновременно с появлением головной боли стала замечать и понижение зрения, особенно левого глаза; все видела как-бы «в тумане». Несколько позже стала отмечать головокружение с моментальной потерей сознания, легкую слабость правой половины туловища, особенно ночами, когда больная в течение нескольких часов с трудом двигала своими правыми конечностями. Наследственность не отягощена. При исследовании в клинике больная заторможена, мало подвижна, лицо не выразительно. При походе наблюдается lateropulsio вправо, влево иногда retro-pulsio. Рефлекс с trice s справа выше, чем слева, коленный и тибιο-фemorальный справа ниже, чем слева. Остальные рефлексы и чувствительная сфера без всяких изменений.