

номене сенсibilизации французский дерматолог Ravaut указал новые пути в темной области изучения этиологии кожных заболеваний и дал новый принцип для терапии—принцип десенсibilизации. Примеры, сообщенные нами, являются определенной группой, пополняющей только что перечисленные литературные данные. Сенсibilизация малярийная наряду с сенсibilизацией туберкулезной и сифилитической должна занять свое место в этиологии кожных заболеваний.

Литература. 1) Ravaut, Milian, Brosq, Jeanselme, Audry цит. по Dracoulides.—2) Голубов. Врач. газ. 1929 г. № 3-4.—3) Лурия. Вестн. соврем. мед. 1925 г. № 3.—4) Печников. Урология. 1929 г. № 3.

Из кожно-венерической клиники Казанского гос. института для усов. врачей им. В. И. Ленина. (Врид. зав. кафедрой приват-доцент С. Я. Голосовкер).

Опыты применения гипосульфит-натрия в терапии кожных заболеваний¹⁾.

Ассистента А. М. Лейзеровского.

Повышенная чувствительность больного к тому или другому раздражителю служит часто причиной целого ряда кожных заболеваний. Означенная сверхчувствительность передается по наследству или является результатом искусственной подготовки организма (анафилаксия, сенсibilизация). Последняя зависит от целого ряда как внешних факторов, главным образом профессиональной деятельности больного, так и внутренних причин (нарушение обмена веществ или инфекционные заболевания). Наряду с применением наружных средств, действующих непосредственно на пораженный очаг, большое значение имеет общая терапия, усиливающая защитные силы организма и помогающая последнему побороть болезненный процесс. К таким методам лечения относится протеино-терапия (впрыскивание молока, раствора терпентина, ауто-гемо-терапия и т. д.), имеющая целью повысить стойкость и сопротивляемость организма (Weichardt).

Большую роль в дерматологии играет десенсibilизирующая терапия. Вливание хлористого кальция (CaCl_2) понижает раздражительность нервной системы, усиливает свертываемость крови, повышает фагоцитоз, улучшает обмен веществ (Лукомский) и влияет на вегетативную нервную систему (Sondek). Вливание бромистого натрия (NaBr), введенное в терапию в 1921 году Лебедевым, привлекло к себе внимание дерматологов. Этот метод дает положительные результаты при различных дерматозах, особенно в тех случаях, где требуется преимущественное влияние на нервную систему. Некоторые авторы предлагают одновременно применять внутривенные вливания бромистого натрия и хлористого кальция, но особенного распространения этот способ не получил.

Нами в качестве десенсibilизатора при различных дерматозах применялся *Natrium hyposulfurosum* s. *Natrium thiosulfuricum* ($\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ —гипосульфит натрий) Ravaut в 1920 году применял этот препарат при

¹⁾ Доложено в Кожно-венерической секции Казанского об-ва врачей 9—V—30 года.

сальварсанных дерматитах, эритемах и экзантемах. Это средство испытано с благоприятными результатами многими авторами. (Mc. Bride, Dennie). Гипосульфит с успехом применялся в случаях острых и хронических отравлений тяжелыми металлами (свинцом, ртутью, мышьяком, висмутом, цинком и медью). Некоторые авторы рекомендуют профилактически применять гипосульфит против отравления оловом.

Гипосульфит применяется внутривенно (10—20%), per os по 1,0 2—3 раза в день и наружно 1—2% в мазях и ваннах. Mc. Bride, Ullmann и др. видели хорошее действие гипосульфита при осложнениях после сальварсана и висмута: желтуха, геморрагический энцефалит и т. д.

Отрицательные результаты при применении гипосульфита после сальварсанных осложнений отмечают лишь немногие авторы (Bär, Holzmer, Eliassow, и Grünwald). В последнее время все же считается установленным, что гипосульфит является лучшим средством при сальварсанных дерматитах (Эфрон). Наблюдая хорошее действие гипосульфита при сальварсанных дерматитах и его осложнениях, Bawaut предложил применение этого препарата при многих других дерматитах: эритемах, крапивнице, экземах, фурункулезе и друг. Dracoulides успешно лечил почесуху и чешуйчатый лишай; это подтверждается наблюдениями Spillmann, Lehner, Mathieu. Hoffman, и Zinsser не получили терапевтического эффекта при применении гипосульфита при чешуйчатом лишае и экземах. Из русских авторов Тыжненко и Попель у 31 больного различными заболеваниями кожи получили хорошие результаты в 70% и отдают предпочтение гипосульфиту перед хлористым кальцием. Ланда у 32 больных различными дерматозами получил излечение в 2-х случаях острой крапивницы и в одном случае буллезной эритемы. У 3-х экзематиков автор наблюдал улучшение процесса, но впоследствии у них наступили рецидивы, у 7 больных наступило улучшение при одновременном применении и местной терапии. Богданов и Ляско видели хорошие результаты при лечении этим препаратом осложнений после укусно-жесточного таллия.

Нами с терапевтической целью гипосульфит применялся у 50-ти больных: дерматиты после сальварсана—4 случая, острая и подострая экзема—15 случаев, хроническая экзема—14, чешуйчатый лишай—6, экссудативная эритема—4, распространенные дерматиты—2, сикоз—2 и у 3 больных люэсом со стойкой RW. Мы употребляли 10—20% стерилизованный раствор гипосульфита в виде внутривенных вливаний и только 3 больным (повышенная нервная возбудимость, плохо выраженные вены) мы давали per os 10% раствора по столовой ложке 3 раза в день. Внутривенные вливания применялись через день, начиная с 4-х до 12—15 к. с. Только 5-ти больным вливания проводились ежедневно.

В первой группе больных с дерматитами после неосальварсана, мы наравне с другими авторами добились хороших результатов. Выздоровление наступало после 2-х—4-х вливаний 20% гипосульфита от 4—8 к. с. В целях профилактики мы в дальнейшем применяли этим больным вливание новосальварсана в растворе гипосульфита и осложнений не отмечали.

У больных с острыми и подострыми распространенными экземами мы получили выздоровление у 9-ти, улучшение процесса—3-х и у

3-х лечение не дало результатов. Продолжительность заболевания у этой группы больных колебалась от 7-ми дней до 1—3-х месяцев. Улучшение процесса мы отмечали после 4—5 вливаний 20% раствора гипосульфита, выздоровление после 12—25 вливаний. Дополнительную терапию в виде индифферентных мазей и примочек мы применяли лишь в единичных случаях.

В случаях хронической экземы (14 человек) с очень большой продолжительностью заболевания от 3-х месяцев до 10-ти лет, выздоровление наблюдалось у 9-ти и улучшение процесса у 4-х. 50% больных одновременно пользовались и местной терапией.

В случаях чешуйчатого лишая мы получили выздоровление у 2-х больных, улучшение процесса также в 2-х и у 2-х клиническая картина заболевания осталась без изменения. Первые 4 больных получали одновременно ванны с *solut. Vlemingx* через день. Здесь мы отмечаем благоприятные результаты совместного действия гипосульфита и местной терапии в виде ванн.

При экссудативной эритеме (4 сл.) мы получили хорошие результаты без применения местной терапии. У 2-х больных сикозом с продолжительностью заболевания 1—4 года, раньше лечившихся мазями и внутривенными вливаниями хлористого кальция и бромистого натрия, протеино-терапией и ауто-вакциной, но без особых результатов, после применения гипосульфита болезненные явления прошли в одном случае после 15-ти вливаний и во втором—после применения препарата внутрь.

Указания ряда авторов, что гипосульфит способен перевести стойкую серо-позитивную RW в отрицательную, на нашем материале (3 сл.) не подтвердились. Больные приняли от 5 до 7 курсов смешанной специфической терапии, но RW оставалась положительной. После 20 вливаний гипосульфита у 2-х больных RW осталась положительной, в одном случае стала отрицательной, но в последнем случае RW через 2 месяца вновь стала положительной.

Для иллюстрации терапевтического эффекта препарата приводим краткие выдержки из истории болезни некоторых больных.

1) Б-ной П. (амбулаторная карточка № 683). Острая экзема лица и левой голени. Болен 1 месяц, на лице краснота с обильным количеством желтоватых корочек, на некоторых участках мокнутие. После 3 внутривенных вливаний 20% гипосульфита улучшение процесса, после 6-ти—излечение.

2) Больн. Г. (истор. бол. № 3341). Острая экзема лица, шеи и предплечья. В течение месяца лечился местно внутривенными вливаниями хлористого кальция. После 10 вливаний хлористого кальция у больного—на лице мокнутие и корочки, на шее и разгибательных поверхностях обоих предплечий краснота и папулезная сыпь. Больному назначены внутривенные вливания 20% гипосульфита. После 9 вливаний улучшение: исчезновение явлений на предплечьях и левой половине лица. После 25 вливаний полное излечение. Рецидивы в течение года не наступали.

3) Больн. Д. (амб. карт. № 466). Хрон. экзема кистей рук. На обеих кистях рук кожа инфильтрирована, суха, много трещин, незначительное мелкое шелушение. Субъективно—сильный зуд. После 6 вливаний трещины и зуд исчезли. После 9—выздоровление.

4) Больн. И. (амб. карт. № 487). Хроническая экзема кистей рук. Тыльные и ладонные поверхности обеих рук сильно инфильтрированы. Кожа красна, на некоторых участках имеется папулезная сыпь, корочки и чешуйки, местами эрозии и трещины. Болезнь продолжается 27 лет. После 3-х вливаний гипосульфита отмечается улучшение процесса, после 5-ти вливаний—больная, желая ускорить выздоровление, по совету знакомой, применила присыпку сулемы, что вызвало силь-

ный дерматит. После приема 100,0 препарата *per os* у больной наступило излечение дерматита и основного процесса.

5) Больн. Г. (истор. бол. № 278/3418). Диагноз чешуйчатый лишай. Болен с 1916 года. В прошлом лечился вливаниями нео, инъекциями мышьяка и ихтиола, различными мазями и серными ваннами. Больному применялись 20% вливания гипосульфита и ванны с *solut. Vlemingx*. После 8-ми вливаний—побледнение процесса, после 22-х вливаний и 11 ванн осталась только пигментация на месте бывших высыпаний.

6) Больн. Ш. (истор. бол. № 129/1259). Сикоз подбородка и лобка, хронич. экзема лица и туловища. Болен второй год. Лечился мазями, вливаниями CaCl_2 и NaBr , примочками, больному применялась рентгенотерапия и аутовакцина, но без особых результатов. После 5-ти вливаний 20% гипосульфита, уменьшение инфильтрата, красноты и зуда. После 15 вливаний явления в области подбородка исчезли, а в нижней части лобка остался только небольшой инфильтрат.

Рецидивы нами наблюдались в 6-ти случаях у больных с экземами. Осложнения, после длительного (20—25 вливаний) гипосульфита, мы наблюдали у 6-ти физически слабых больных: головокружение, головные боли, слабость металлический вкус во рту, сердцебиение, тошнота, усиление выделения слюны и понос. В одном случае мы имели тромбофлебит через 5 дней после первого вливания. Все эти явления быстро проходили. В случаях интоксикации мы не прекращали лечение, а уменьшали применяемое количество препарата—с 20% раствора переходили на 10%-ный и только у одного больного, где продолжались явления интоксикации, мы отказались от дальнейшего лечения гипосульфитом. Осложнения зависят, вероятно, от качества применяемого препарата (недостаточно химически чистый). *Rawaut*, *Тыжненко* и *Попель* и др. авторы не видели никаких осложнений после применения гипосульфита и отмечают полную безвредность препарата.

Таким образом, мы на своем материале можем констатировать хорошее действие препарата у 80% больных (по данным *Тыжненко* и *Попеля*—в 70%).

Важно выяснить химизм действия. При местном применении гипосульфита и разведенной соляной кислоты (при чесотке) происходит следующая реакция: $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3 + 2\text{HCl} = 2\text{NaCl} + \text{SO}_2 + \text{H}_2\text{O} + \text{S}$, т. е., мы имеем действие серы *in statu nascendi*.

Thronoe, *Binford*, *Wan-Dyck*, *Marpless*, *Myers* и др. полагают: 1) что у экзематиков имеется нарушение содержания сахара и соли в организме, что уравнивается при применении гипосульфита; 2) многие кожные заболевания вызываются избыточностью мышьяка, который откладывается в вегетативной нервной системе и эндокринном аппарате. Авторы полагают, что *As* поступает в организм с медикаментами или с пищей. Гипосульфит обладает свойством увеличивать в крови количество радикалов, которые связывают *As* и делают его нерастворимым. *Тыжненко* и *Попель* высказываются за десенсибилизирующее действие препарата. По мнению *Krappe'a*, при осложнениях после сальварсана гипосульфит действует симптоматически. Как видно, механизм действия препарата требует еще дальнейшего изучения.

На основании изложенного мы приходим к следующим выводам: 1) гипосульфит-натрий при целом ряде дерматозов (острая хроническая экзема, экссудативная эритема, распространенный дерматит и сикоз) дает хороший терапевтический эффект, и в некоторых случаях дает лучшие результаты, чем применение хлористого кальция и бромистого натрия.

2) При чешуйчатом лишае благоприятные результаты мы имели только при одновременной местной терапии (ванны с sol. Vlemingx).

3) При дерматитах после новосальварсана применение гипосульфита не только дает быстрый лечебный эффект, но имеет и профилактическое значение.

4) Механизм действия гипосульфита до сих пор остается невыясненным. Означенный метод лечения должен быть отнесен к группе десенсибилизирующей терапии.

5) Во избежание встречающихся интоксикаций мы рекомендуем применять вливания 10% раствора в количестве от 5 до 15 кс. с промежутком в один день.

6) Прием препарата внутрь тоже дает благоприятные результаты и может быть применен при амбулаторном лечении больных.

Литература по техническим условиям опущена.

Ред.

Из Глазной клиники Казанского гос. института для усов. врачей им. В. И. Ленина. (Заведующий — проф. В. Е. Адамюк).

К вопросу о лечении блефаритов бриллиантовой зеленью.

Ассистента клиники И. И. Ратнер¹⁾.

Еще в конце прошлого столетия многими авторами (Rozsahegyí Behring, Stilling и др.) было отмечено бактерицидное действие анилиновых красок, в том числе и Brillantgrün. Гарбачевский наблюдал задержку развития бацилл сибирской язвы в сыворотке с малахитовой зеленью в разведении 1:40000. По данным Römer'a, Gebb'a и Lohlein'a Brillantgrün лучше всего действует на стафилококк, диплобацилл, стрептококк и гонококк, причем на стафилококк и диплобацилл действует при разведении 1:40000, на стрептококк при разведении 1:2500, на гонококк же только при разведении 1:300. В последнее время на хорошее дезинфицирующее действие бриллиантовой зелени указывает также Бакалл, который производил опыты над действием этой зелени над кишечной палочкой и стафилококком. При этом оказалось, что кишечная палочка убивается *in vitro* в разведении бриллиантовой зелени 1:400, в то время как стафилококк убивается уже в разведении 1:4000 при пятиминутном воздействии. Этот же автор производил дезинфекцию операционного поля бриллиантовой зеленью: 1% водным раствором, 1% (40°) спиртовым и 1% (96°) спиртовым, причем получил одинаково хорошие результаты в смысле стерилизации операционного поля. Точно также автор достигал 1% (96°) спиртовым раствором бриллиантовой зелени полной стерилизации режущих инструментов в течение 15 минут. Петросянц производила опыты с бриллиантовой зеленью в целях выяснения бактерицидности ее и пришла к тому же заключению, что и Бакалл.

Другие авторы отмечают помимо бактерицидного действия Brillantgrün также и значительное влияние этого раствора на процессы эпителизации и грануляции. На основании этого свойства бриллиантовой зе-

¹⁾ Доложено на засед. глазной секции Казан. об-ва врачей 22/V 1930 г