

вторичной инфекции эмпиемы; 2) есть тбк легких, но нет пиогенной инфекции; 3) нет признаков активного тбк легких, но есть вторичная инфекция; 4) есть и то, и другое. При лечении больных первой группы часто достаточно аспираций гноя, иногда с замещением газом в уменьшающихся дозах. Когда после расправления легкого обнаруживается остаточная полость, тогда ставится вопрос о торакопластике. Если эмпиема стара, может понадобиться иссечение части грудной стенки с париетальной плеврой. При второй группе а. рекомендует аспирации гноя с замещением газом, но в дозах достаточных для поддержания легкого в спавшемся состоянии. Если легкое все же расправляется а. рекомендует олеоторакс. При отсутствии эффекта от последнего надо переходить на торакопластику с предварительным френиккоэксерезом.

В случаях третьей группы, где инфекция маловирулентная, выкачивания гноя с промываниями ведут к излечению. При наличии бронхиального широко открытого свища резекция ребра — лучший способ лечения. Большая часть больных в дальнейшем нуждается в торакопластике с эксцизией наружной стенки или без нее. Труднее всего лечение в последней группе. Во избежание расправления легкого следует производить возможно раньше тотальную торакопластику. При обширных полостях иногда требуется полная декостация с иссечением париетальной плевры, межреберных мышц и каутеризацией бронхиального свища.

А. Гильман.

в) Дерматология и венерология.

Prokoptchuk und Kurako. *Определение общего и остаточного азота в нормальной и патологически-измененной коже при различных кожных и венерических болезнях* (Archiv f. Derm u. Syph. T. 174. № 5, 1936). Прежде чем приступить к осуществлению своей основной задачи, авторы предварительно изучили на кроликах и здоровых людях количественное содержание азота в коже и в крови. Затем опыты были перенесены на больных. Выводы следующие: среднее количество азота в коже кроликов составляет 3,7420%; среднее содержание остаточного азота в коже равно 87 мг. %. Общее количество азота в коже у 16 обследованных на вид здоровых субъектов колебалось от 3,34 до 4,30%, в среднем — 3,710%; остаточный азот в коже обследованных колебался от 59 до 93 мг. %. У кроликов, которым наносилась на кожу соляная кислота, через 4 часа развивался инфильтрат, и остаточный азот в инфильтрированном участке, по сравнению с нормальными участками кожи, повышался на 330%. Воздействие на кожу маленьких доз сильно действующих химических веществ через 1—4 дня приводило к увеличению остаточного азота в пораженных участках кожи на 256—654 мг. %. Однако при этом воздействие остаточный азот увеличивался и в остальных нормальных участках кожи. Общее содержание азота у 2/3 обследованных кроликов в нормальных участках кожи оказалось нормальным, но содержание азота колебалось при воздействии сильно действующих химических веществ на кожу этих кроликов. Впрыскивание кроликам культур стрепто-и стафилококков приводило к увеличенному содержанию общего азота в пораженных, воспаленных частях кожи: остаточный же азот увеличивался по содержанию вдвое по сравнению с нормальной кожей. Кожа волчаночных больных в местах поражения специфическим процессом давала неизменно содержание остаточного азота 111—551 мг. %. Все экзематозные очаги кожи, как при острой, так и при хронической экземах, давали повышенное содержание остаточного азота на 107—142 мг. %. У лиц с эрителомой кожи, а также у больных желтухой, количество остаточного азота оказалось повышенным на 50 %. Аналогичная картина и при чешуйчатом лишае. В нормальной коже сифилитиков, при наличии у них твердого шанкра, оказалось нормальное содержание остаточного азота; однако в коже сифилитиков с наличием явлений вторичного сифилиса возможно выявить у некоторых больных повышенное содержание остаточного азота. При исследовании сифилитических папул обнаружено повышение остаточного азота на 173 мг. %.

А. Д.

Gate, Guilleret и Chanial. *Стафилококковый анатоксин* (Journ. de med. de Lyon № 393, 1936). Авторы пользовались стафилококковым анатоксином, изготовленным Рамон и Боказ, применив его на 18 больных с терапевтической целью. В случаях фурункулеза и пиодермитов получен очень быстро

терапевтический эффект; новые высыпания были единичными. В 4 случаях пустулезных угрей авторы получили улучшение, но в длительный срок приходилось повторять курс инъекции. В двух случаях гидроаденитов быстро наступило излечение. В 3 случаях сикоза авторы наблюдали удовлетворительное действие анатоксина. Анатоксин был применен в 1 случае остеомиелита без заметного терапевтического эффекта. Дозировка анатоксина 0,1—0,25 куб. см. После инъекции наступает общая, местная и очаговая реакции. А. Д.

Helmke. *Обнаружение и патогенное значение Demodex folliculorum hominis* (Derm. W. № 37, 1936). В старой литературе названному в заглавии паразиту не придавалось значения в смысле способности его вызывать дерматозы у человека. В 1935 г. появилась работа Батунина и Елкина (Derm. W. 1935), где авторы указывали, что у здоровых людей паразит встречается очень редко, а у 24-х из 104 кожных больных авторы нашли паразита и назвали вызываемое им заболевание „Demodicitis“. Автор настоящей работы задался целью проверить опыты и наблюдения Батунина и Елкина. Он обследовал 150 субъектов, из которых 105 с разными кожными болезнями, 34 больных гонореей и 11 вполне здоровых. Из 107 человек в нормальном секрете сальных желез был обнаружен паразит в 97 случаях. Автор допускает мысль, что Demodex можно найти в 100% случаев у здоровых людей. Это расхождение с данными советских авторов объясняется тем, что последние исследовали чешуйки кожи, а автор данной работы подвергал исследованию секрет сальных желез. Заболевание с картиной „Demodicitis“ отрицается. В случаях красных угрей паразит не играет роли в этиологии заболевания. Д. А.

Верник. *Очень действенный, дешевый и быстрый способ лечения чесотки* (Fortchr. d. Therapie № 10, 1936). Метод лечения чесотки, введенный Demjanowic, состоит в следующем. Натирают все тело смесью *Natr. hyposulfuros.* 100,0, *Aq. destil.* 150,0 в продолжение 15 м. у взрослых и 10 м. у детей. Когда все тело обсохло, обтирают его в течение 10—15 минут 5% раствором соляной кислоты, затем дают телу обсохнуть, после чего больной одевает чистое белье.

Такая же процедура повторяется на следующий день, после чего лечение считается законченным. Преимущество этого способа: отпадает возня с мазями и мылом, этот способ не влечет за собой никаких побочных вредных последствий, белье не пачкается, наконец лечение проводится амбулаторно. Э. Леви.

Niseggi и Vierheller. *Лечение гипертрихоза рентгеновским облучением* (Prensa Méd. Buenos Aires V. 23. 8/IV 1936). Авторы рекомендуют удалять чрезмерную волосистость при помощи рентгеновского освещения. Применять следует сравнительно мягкие лучи, между 60—120 киловольт, через 1 мм алюминевый фильтр. Рекомендуется разделить иридируемую область на малые поля, величиной не больше 10—15 кв. мм. Освещение надо производить один раз в месяц. В первый сеанс дается 70% кожной эритемной дозы (800 рентгеновских единиц со включением дифузных лучей). Обычно после 6 иррадиаций наступает полная депиляция. Лечение это вполне безопасно. В некоторых случаях наступает временное раздражение кожи, но обычно оно проходит через 24—36 часов. Автор преследил за большинством из своих пациентов и убедился, что избыточная волосистость оказалась совершенно устраненной.

В. Дембская.

Loos. *Карцинома придаточных образований кожи* (Arch. für Derm. und Syph. T. 174, № 5, 1936). Работа направлена на гистологическое изучение признаков кожных изменений при карциномах сальных и потовых желез и образований волос. При раковом перерождении сальных желез наблюдаются клетки сальных желез, частью еще не отдифференцированные базальные клетки эпидермиса, клетки протоков этих желез, а также клетки волосяного фолликула. Клиническая особенность этих карцином характеризуется расположением на лице и голове и имеет вид узлов, часто с желтым цветом. Несмотря на благоприятное течение этих форм, необходимо радикальное лечение. Гистологическое строение этих карцином дает возможность разделить их на две группы: 1) carcinoma sebaceum adenomatodes, эта форма встречается редко, 2) carcinoma sebaceum basocellulare—берет образование из базальных клеток, состоит из мало дифференцированных клеток и встречается значительно чаще первой формы. Карциномы из потовых желез отличаются от только что описанной формы значительной дифференциацией ткани потовых желез. Опухоль берет