

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. Helmkе. *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 действительный, дешевый и быстрый способ лечения чесотки* (Fortchr. d. Therapie № 10, 1936). Метод лечения чесотки, введенный Demjanowic, состоит в следующем. Натирают все тело смесью $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ 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 иррадируемую 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