

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

начало из эккринных и апокринных желез. Клиническая картина мало чем отличается от картины карцином, исходящих из сальных желез, и все различие заключается главным образом в анатомическом строении. Гистологическое строение дает более многообразную картину; встречаются: гидроаденоид, кистозно-папилломатозная форма и т. д. Точных данных о различии карцином, исходящих из эккринных и апокринных потовых желез, до сих пор еще не имеется. Карциномы из сосочков волос весьма редки (приведена пространная библиография, реф).

А. Д.

Dainow. Предварительные данные о лечении *herpes* и зоны витамином С (Ann. de Derm. et de Syph. № 9, 1936). Приводятся 9 историй болезни больных *herpes*, где без местного лечения и лишь при назначении им витамина С в лепешках удалось полное излечение; в ряде случаев излечение наступало непосредственно (2-3 дня). Рецидивов не наблюдалось. Далее приведены три истории больных зоной (опоясывающий лишай). У одного больного совершенно исчезли боли, явления на коже быстро стали подсыхать после назначения витамина. Бактериологические исследования последних лет показывают, что при двух этих разбираемых заболеваниях приходится иметь дело с фильтрующимся вирусом нейротропного характера. Инокуляция животным содержимого пузырей от больных *herpes* и опоясывающим лишаем вызывает поражение в нервных центрах; у людей находят изменения спинномозговой жидкости.

А. Д.

Tarpeiner. Геморагическая пурпура при инокуляции малярии (Derm. W. 18/IV 1936). Автор сообщает об одной женщине, поступившей в стационар в 1920 г. по поводу свежего сифилиса. Повторные курсы в 1920, 21, 24 и 28 годах. В 1922 году у больной была лейкодерма. В 1935 г. реакция спинномозговой жидкостью — положительна. Со стороны нервной системы никаких объективных симптомов. Малярия больной была привита в начале августа 1935 г. Группы крови пациентки и донора совпадали. После периода инкубации у больной появились приступы малярии. После 4-го приступа появилась точечная геморагическая сыпь на туловище и конечностях; слизистые оболочки свободны от сыпи. Бензидиновая проба в моче отрицательная. Автор считает сыпь результатом влияния токсического начала на стенки сосудов.

А. Д.

Wright. Aloe vera в лечении язв и телеангиэктазий от рентген-лучей (J. A. M. A. т. 106, № 16, 1936). Aloe содержит в большом количестве желто-зеленое вещество, похожее по цвету и консистенции на лимонный сок. Этому веществу автор и придает терапевтическое действие алое. С октября 1934 г. автор наблюдал 7 случаев телеангиэктазий от х-лучей, 1 случай телеангиэктазий от радия и 2 случая изъязвлений кожи от х-лучей. Всем больным был применен алое. Терапевтический эффект при изъязвлениях хороший, при телеангиэктазиях менее выражен.

А. Д.

Urbach. Кератозы на почве застоя и нарушения обмена веществ (Arch. f. Derm. und Syph., т. 174, № 4, 1936). Образование кератозов не всегда обусловлено местной причиной. Существует ряд кератозов, возникающих в результате неправильного обмена веществ (липоид-протеиноз, внеклеточный холестериноз, амилоидоз), который ведет к изменению стенок капилляров кожи, расширению этих капилляров. Венозный стаз на почве нарушения деятельности правого желудочка сердца может повлечь за собою общие нарушения кровообращения, особенно в периферической кровеносной системе. Отложение солей может служить сильным раздражающим эпидермис фактором, ведущим нередко к картине гиперкератоза кожи.

А. Д.

Jordan and Laptev. Инсулин при некоторых кожных заболеваниях (Derm. W. № 38, 1936). Авторы применили инсулин 44 больным с различными кожными болезнями (экзема, угри, зуд, чешуйчатый лишай и т. д.). Методика: в первый день вводилось больному 0,1 см³ препарата, в дальнейшем доза повышалась и доза 0,5 делалась уже до конца лечения — до 20 инъекций. После каждой инъекции больному давался небольшой кусочек сахара. При экземах (25 случаев) авторы получили улучшение в 16 случаях, в 5 результат лечения оказался сомнительным и в 4 случаях лечение не имело успеха. При невродермите наблюдалось улучшение. Из 7 случаев зуда, в 5 случ. получено облегчение субъективных ощущений у больного. Из 5 случ. простых угрей, в 4 получено улучшение. У 3 пациентов отмечены легкие побочные явления, выразившиеся преимущественно в появлении головных болей после инъекции инсулина.

А. Д.