

Н. Horster. *Причинные связи между содержанием в крови антител и возникновением гематогенного тбк, а также внутрикожной туберкулиновой реакцией.* (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, стр. 182—186). На основании своих исследований и наблюдений других авторов а. считает, что при высоком содержании антител в крови не бывает бациллемии и гематогенное высыпание не наступает. При активном тбк с высоким титром антител в крови чувствительность к туберкулину низка. При активном экстрапульмональном тбк, т. е. формах, большей частью возникающих гематогенным путем (кроме тбк гортани и кишечника), мы обычно не находим антител в крови, наоборот, чувствительность к туберкулину высока.

При лечении тбк-больных следует стремиться к состоянию, когда при высоком содержании антител чувствительность к туберкулину низка. В диагностических целях всегда следует параллельно определять содержание в сыворотке антител и порог чувствительности к туберкулину по Либермейстеру.

А. Гильман.

Н. С. Морозовский, Б. Александровский и В. Лауэр. *Роль желез гилюса и плевры в первичной тбк инфекции и в эндогенной реинфекции.* (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, стр. 24—40). В ряде случаев первичный комплекс представляет собой не легочно-железистое, а плеврально-железистое образование, и первичная тбк инфекция является экстрапульмональным лимфотропным плеврально-железистым процессом. При отсутствии легочного первичного инфильтрата аа., при наличии паравертебральной или паравертебрально-медиастинальной тени, идущей от головки 1 ребра к гилюсу, считают эту тень выраженным железисто-плевральным первичным комплексом. Роль желез гилюса в эндогенной реинфекции обычно недооценивается. Казеозный лимфаденит сопровождается явлениями периаденита, и процесс отсюда может переходить на междолевые щели.

А. Гильман.

J. Laurin. *О профилактическом введении масла для предупреждения экссудатов при иск. пневмотораксе.* (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, стр. 59—62). В 1933 году Унферрит и Доскет предложили вводить 2 см³ стерильного оливкового масла в плевральную полость при одном из первых поддуваний черз пнеймотораксную иглу с целью профилактики плевритов.

Это введение вызывает более или менее сильные боли, обычно проходящие через несколько часов. Наблюдается также кратковременная незначительная температурная реакция. На рентгене определяется почти во всех случаях выпот в синусе. Проверочные исследования аа., во всех случаях и. п., выполненных в течение 2 лет, не обнаружили заметного влияния на уменьшение процента плевритов. Так, из 100 таких случаев пнеймоплеврит развился 23, а в контрольных 10) других 27 раз.

А. Гильман.

Н. Starke. *Иод при лечении тбк.* (Beitr. Klin. Tbk. Bd. 88, N. 7). Иод применяется многими при лечении тбк. Еще Бир пытался усилить эффект застойной гиперемии предварительной дачей иода. А. начал применять комбинированное лечение иод-иодистый калий с туберкулином по предложению Фербаха. По мнению а. иод действует при тбк как раздражающее средство. Он может вызвать как повышение температуры, так и очаговые реакции с распадом. Поэтому рекомендует не применять комбинаций иода с туберкулином.

А. Гильман.

в) Дерматология.

Pearl Gretton Watson E. *Дерматомиозит.* (Brit. J. of Derm. a. Syph., № 6, 1937). Сообщение касается молодого человека, 18 лет, поступившего в госпиталь с диагнозом ревматизма. Болезнь локализовалась на верхних конечностях, главным образом на предплечьях, и характеризовалась уплотнением кожи, натянутостью ее и болезненностью; температура была резко повышенной, пульс учащен (96) и дыхание 24 в минуту. В крови обнаружен лейкоцитоз до

15000 с эозинофилией до 10%. Эозинофилия держалась в течение всего заболевания, т. е. 4 недели. Гистологически в биопсированных кусочках пораженной кожи и мышц обнаружены гигантские клетки. А. Д.

Michelson и Laumon, *C. Necrobiosis lipoidica diabetorum*. (Arch. of Derm. a. Syph., № 6, т. 35, 1937). В статье приведены 4 истории болезни лиц с заболеванием, обозначенным в заглавии статьи. Все больные страдали диабетом, что подтверждено исследованиями врачей-интернистов и наличием сахара в моче до 172,5 мг на 100 см³ мочи. Кожные проявления у больных были одного и того же характера. У одного больного поражения локализовались на нижних конечностях и представляли язвы в стадии заживления с глянцевитым видом типа неспецифически травматической язвы; центр имел желтый цвет, окружен был фиолетовой зоной, которая в свою очередь была окаймлена пигментной зоной. В течение 3-месячного пребывания больного в стационаре язвы не изменили своего вида. Гистологическое исследование всех четырех случаев характеризуется некробиотическими участками в коже, инфильтрацией лимфоцитами и образованием липоидного депозита вне клеток. Патогенетически болезнь похожа на диабетическую гангрену. А. Д.

Frankе. *Серологическое изучение содержимого вызванных на коже пузырей*. (Arch. f. Derm. u. Syph., № 6, т. 175, 1937). Наложение кантаридинового властвыра на кожу вызывает образование пузырей в шиповатом слое кожи. Автор исследовал содержимое 125 пузырей от 105 больных с помощью RW, S-Georgi и реакции Мейнике. Неспецифические реакции автору наблюдать не удалось. При первичном сифилисе реакции с содержимым пузырей и с кровью одинаковы, но встречались случаи, когда реакции были положительными с жидкостью из пузырей, а с кровью — отрицательными. Обычно все три реакции совпадали. При вторичном сифилисе реакции выпадали одинаковыми независимо от того, лечился ли больной или нет; кроме того, отмечено, что под влиянием лечения RW становилась отрицательной, а осадочные реакции еще были положительные. При третичном сифилисе реакции совпадали и с кровью и с содержимым пузырей. У больных с скрытым сифилисом автор нашел, что реакции совпадали и с кровью и с содержимым пузырей, однако отмечено, что иногда реакции с жидкостью пузырей отрицательны при наличии положительных реакций в крови. Таким образом, утверждает автор, реакции идут параллельно и в крови и в сыворотке; пузырей при сифилисе, однако возможны индивидуальные отклонения от этого правила. А. Д.

Försterg. *О стадиях красной волчанки на слизистой оболочке рта, особенно на губах*. (Derm. Ztsch., № 6, 75, 1937). На основании изучения больных в дерматологической клинике, автор различает следующие стадии развития красной волчанки на слизистой оболочке рта. 1. Стадия эритематозная — характеризуется наличием ограниченных пятен эритемы, с изменением сосудов, расширение которых легко можно различить невооруженным глазом. 2. Стадия инфильтративно-сквамозная — характеризуется развитием инфильтрата, покрытого как бы коллоидной пленкой. В этой стадии болезни возможно появление эрозий; дифференциальная диагностика с плоским красным лишаем и хейлитом. 3. Стадия атрофическая — слизистая атрофична, хорошо различаются телеангиэктазии; некоторые очаги принимают синевато-красную окраску. И в этой стадии возможно выявление эрозий, наклонность к кровотечениям. 4. Стадия атрофически-карциноматозная — развивается из атрофических участков. Слизистая утолщается, принимает лейкоплакический вид, появляются эрозии. Процесс на слизистой оболочке претерпевает такие же изменения, что и на коже. А. Д.

Anderson, N. *Стойкий свищевой ход зубного происхождения*. (Arch. of Derm. a. Syph. № 6, т. 35, 1937). Дано описание трех больных, у которых стойкий свищевой ход соединял абсцесс в области верхушки какого-либо зуба с отверстием на коже. Проявления на коже при таких заболеваниях, по уверению автора, в литературе не описано. В первом подробно разобранным случае на подбородке была гранулема величиной с небольшую вишню, синюшная по цвету, с отчетливо выраженным краем. Воспалительные явления вокруг опу-