

симо от возраста больных, результаты большей частью благоприятны. Местно применяются серные препараты, обезжиривающие вещества; пустулы и комедоны удаляются иглой для удаления катаракта. При пустулезных формах рекомендуется применение собственной крови, молока.

Проф. Mac k e l проводит рентгенотерапию в течение трех лет с годовыми промежутками, однако, лишь у больных старше 14 лет. Местной терапии в период эритемы и десквамации автор не применяет. Губы при рентгенотерапии не защищаются. Местно рекомендуется sodium hyposulfat, 15,0, резорцина 8,0, В—naphтол 0,24, alcohol 30,0, aq. Rosarium 20,0. В некоторых случаях назначается гелиотерапия — освещение кварцем.

Проф. M i s h e l s o n рекомендует рентгенотерапию, дающую в ряде случаев благоприятный эффект. Одновременно с рентгенотерапией применяет местную терапию; при рентгеноосвещении губы не защищаются. Инцизия и экстракция комедонов показаны. Из местных средств рекомендуется салициловая кислота, резорцин и серные препараты.

Проф. M i l l e r и асс. T a u s s i g местно применяют цинковую пасту с 100% каолина и 100% преципитатной серы; по утрам кожа лица протирается составом: сулема 0,13, резорцин 2,0 и спирт 180,0. Иногда местная терапия комбинируется с рентгеном, но в этих случаях дозировка слабая, и интервалы между освещениями удлиняются. Защиты губ не требуется. Рекомендуются свежие фрукты и овощи; некоторым анемичным больным назначается витамин В.

А. Д.

Goldman. Болезнь Годжкина I. A. M. A. vol. 114, № 17, 1940.

В статье приведен анализ 212 случаев болезни Годжкина. Заслуживает внимания наличие и характер изменений со стороны кожи, которые наблюдались у 80 больных. Они выражались либо простым зудом, либо множественными узлами или даже генерализованным эксфолиативным дерматитом. У 9 больных зуд появился перед тем, как стала обнаруживаться аденопатия. Зуд может существовать один, или сопровождать морфологические элементы на коже. Иногда у больных, страдающих зудом, отмечаются расчесы. У некоторых больных наблюдались папулы с поверхностной ulcerацией очень схожие по виду с папулами при чесотке. У 9 больных наблюдался опоясывающий лишай, указывающий на вовлечение спинальных узлов. У двух больных был генерализованный эксфолиативный дерматит. У одного из этих больных в течение 9 месяцев на нижних конечностях держался экзематозный процесс и был отмечен лимфаденит, как полагали врачи — хронического воспалительного происхождения. Маз и инъекции не давали никакого эффекта. Когда у больного обнаружилось заболевание лимфатических узлов в подмышечной впадине — был установлен правильный диагноз — болезнь Годжкина. Биопсия кожи показала наличие диффузной инфильтрации лимфоцитами. На миндалинах ни у одного из 212 больных не было найдено никаких изменений. Это является важным признаком, дающим право относить заболевание к лимфосаркоме.

А. Д.

Notwood a. Evans. Дерматит от резиновых перчаток („glove phytids“) I. A. M. A. vol. 114, № 16, 1940.

Обследовав 300 рабочих, автор обнаружил у 20 из них дерматит на руках. Эти лица работали в резиновых перчатках 7—8 часов и имели контакт с растворами мыльных стружек и глицерином. После работы они моют руки жидким мылом. Клинически отмечается появляющийся временами небольшой зуд и пузырьки на невоспаленном основании на боковых и тыльных поверхностях пальцев рук. Сероватые пузырьки появляются и на ладонях. В некоторых случаях зуд распространяется на предплечье. У ряда больных можно обнаружить все фазы экзематозного процесса. У всех 20 больных с дерматитом при обследовании чешуек с пальцев ног были обнаружены грибки. Получены культуры на средах. Интракунные реакции с трихофитином и опидиомином оказались положительными, что указывает на наличие сенсibilизации кожи к продуктам грибов. Применение у больных порошка на ноги из салициловой кислоты 5,0, ментола 2,0, камфоры 8,0, борной кислоты 50,0 и крахмала 35,0 до работы и на время работы задерживало развитие дерматита. В резистентных случаях приходилось дезинфицировать обувь формалином. Автор полагает, что дерматит у рабочих обусловлен двумя причинами 1) травматизацией рук перчатками и 2) сенсibilизацией кожи рук к грибкам (очаги на ногах).

А. Д.

Walter Fr. и Oszast Z. К химиотерапии кожного туберкулеза руброфеном Acta derm — vener; vol. XIX, стр. 491—509, 1938.

Руброфен ($C_{22}H_{20}O_6$), — действующее начало гваякола, совершенно безвредное для организма. Он имеет вид темно-красных кристаллов, плохо растворимых в воде и алкоголе. Авторы испытали его действие на 37 больных с различными формами кожного туберкулеза. Руброфен применялся преимущественно в форме таблеток по 0,15