

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.

Norwood 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

каждая — от 1 до 7 в день, реже в форме 50% мази и внутривенно. Длительность лечения равнялась 4—6 неделям. Результаты получились следующие: в 1 случае милиарной волчанки лица — излечение. В 4 случаях вульгарной волчанки — излечение, в 17 — значительное улучшение, в 1 — без улучшения. В 3 случаях колликувативного туберкулеза — излечение, в 1 — значительное улучшение. В 1 случае язвенного туберкулеза гортани — улучшение. В 1 случае индуративной эритемы — значительное улучшение и в 1 — без улучшения. В 2 случаях красной волчанки — излечение, в 2 значительное улучшение и в 2 — без улучшения.

Авторы приходят к выводу, что руброфен является новым ценным средством для лечения туберкулеза. Статья, изложенная на 19 страницах, иллюстрирована рядом фотографий больных, заснятых до и после лечения.

Т. М. Юринов.

Мортон. *Актиномикоз*. Canad. Med. Ass. J. T. 42, III, 1940.

Среди множества средств, предложенных для лечения актиномикоза, ни одного нет специфического. Наилучшим считается иодистый калий в средних и больших дозах (от 9,7 до 19,5 г). В двух случаях авторы применили сульфаниламид. В одном из них получен благоприятный эффект, в другом никакого. В этом последнем имелась смешанная инфекция со стафилококком, в первом был выкультивирован своеобразный анаэробный штамм лучистого грибка. Хирургическое вмешательство рекомендуется во всех случаях. Полную эксцизию надо делать там, где это возможно, в других случаях производится вскрытие и дренирование абсцессов.

В. Дембская.

в) Хирургия

G. Stevenson a. Mont R. Reid. *Лечение травматических ран*. The Am. Journ. of Surg. Dec., № 3, V. XLVI, 1939.

Авторы останавливаются на некоторых дефектах при лечении ран, происходящих в основном от недостаточной подготовленности хирургов. Касаясь вопроса об остановке кровотечения в ране, они считают прямо вредным применение давящей повязки, вследствие заноса инфекции глубоко в рану. Оставление плохо укрепленного клема на сосуде в ране может повести к усилению шока. Жгут должен применяться, главным образом, при разможенных ранах конечностей с целью остановки кровотечения и преграждения всасывания токсинов из тканей. Необходимо накладывать жгут настолько близко к ране, чтобы не удалять его перед ампутацией и не вызвать ишемии в части конечности, подлежащей сохранению. Первичную обработку авторы производят под жгутом, что, по их мнению, экономит кровь, держит сухим операционное поле, предохраняет его от загрязнения и ускоряет операцию. При ранах с сроком 6-часовой давности после иссечения а. а. не рекомендуют применять антисептические вещества, а тем более промывать их. При ранах с более длительными сроками а. а. считают необходимым после первичной обработки обязательно промывать раны большим количеством теплого физиологического раствора с последующим отсасыванием остатков раствора в ране. После удаления жгута и окончательной остановки кровотечения, а. а. рекомендуют промывать рану повторно, после чего считают возможным закрыть рану наглухо. Под debridement авторы понимают иссечение раны, допуская наложение швов на раны сроком до 10 часов. При ранениях органов брюшной полости авторы придерживаются той же методики первичной обработки с промыванием большими количествами физиологического раствора. Обработку ран с повреждением нервов, сухожилий, костей а. а. производят под общим обезболиванием, оставляя для местной анестезии лишь случаи поверхностных ранений. Подробно останавливаясь на методике первичной обработки кожной раны мышц, нервов, костей, авторы фиксируют внимание на необходимости тщательной очистки костных повреждений. Все манипуляции с костью должны производиться за пределами раны. Укушенные раны человеком, животными особенно опасны из-за осложнений гнилостной инфекцией. В отношении их авторы после первичной обработки считают возможным применять прижигание.

Доц. Благовидов.

Warfield M. Firog. *Предупреждение и лечение столбняка*. The Am. Journ. of Surg. Dec. V. XLVI, № 3, 1939.

Автор констатирует несостоятельность применяющейся предохранительной прививки противостолбнячной сыворотки, которая дает слишком кратковременную гарантию от столбняка. Он считает более целесообразным в целях профилактики применять столбнячный токсин в виде 3-кратных инъекций по 1,0 токсина на протяжении от 6 до 10 недель. Уже спустя две недели после второй инъекции можно обнаружить 0,1 антитоксических единиц на 1 к. см. сыворотки в крови. После первой инъекции концентрация антитоксина держится на одном уровне до 2 лет. Четвертая инъекция может быть применяема по мере надобности для быстрого поднятия титра