сифилидов, лейкомеланодермии и лейкодермии (Ann. mal. ven. № 2, 1937). Автор различает три формы пигментных сифилидов: 1) гиперпигментация – типичным является пигментный сифилид Гарди, 2) лейкодерма—участки менее окрашенные, чем нормальная кожа—вторичный сифилид, описанный Фоксом и Нейссером, 3) лейкомеланодермия, описанная Фурнье—участки депигментированные, расположены на гиперпигментированном основании. В вопросах номенклатуры не существует единообразия, и в разных странах употребляются различные названия заболеваний, характеризующие одно и то же изменение кожи при сифилисе. Лейкомеланодермия является вторичным сифилидом, в то время как витилиго есть уже поражение более позднего периода сифилиса—третичного, скрытого, а может быть—проявление врожденного сифилиса; специфическое лечение оказывает свое благотворное влияние на первую форму, тогда как на вторую не оказывает никакого влияния. Высказывается предположение, что сифилитическая лейкодерма локализуется на месте розеолы, а меланодермия—на месте папул. Локализация пигментных сифилидов преимущественно на шее и верхнем отделе туловища, но возможно и на конечностях, правда крайне редко. Сифилиды пигментного порядка и несомненно имеют связь с основным заболеванием. *А. Д.*

Galliot. *Печень и антисифилитическое лечение* (Ann. mal. vén. № 5, 1937). При проведении антисифилитического лечения на печень возлагается функция ассимиляции химических препаратов, применяемых для целей терапии. Так как печень в ряде случаев не справляется с этой задачей, естественно, возникла задача назначать при проведении антисифилитического лечения экстракты печени. Все авторы, употреблявшие экстракт печени при лечении сифилиса препаратами мышьяка и висмута, независимо от метода применения этих экстрактов, наблюдали благотворное действие на течение заболевания. Недостаточная функция печени, даже выраженная крайне легко, ведет часто к появлению различных осложнений. Назначение экстрактов печени при проведении антисифилитического лечения не гарантирует все же от различных явлений непереносимости мышьяка и висмута. *А. Д.*

Aladar Varga. *Изменения картины крови при сифилисе* (Arch. f. Dermat. u Syph. № 2, T. 175, 1937). Автор подверг изучению картину крови у 80 сифилитиков, разделенных на 4 группы: 1) больные в первой стадии заболевания, еще не лечившиеся, 2) больные во второй стадии – не лечившиеся, 3) нелеченные больные III и IV стадий заболевания и 4) леченные случаи сифилиса. Автор установил, что в начале заболевания наступает усиленная анемия, которая затем уменьшается. В дальнейшем отмечается усиленная гиперхромазия. Сдвиг в картине белых кровяных шариков является результатом уже ослабевающей инфекции со слабой реакцией. Лимфо-моноцитоз является указателем на наличие хронического течения болезни. Эозинофилия при наличии кожных явлений, изменения тканей, не является показателем тяжелого воздействия токсинов на организм. Между клинически изолированными стадиями сифилиса нет заметных различий. В качестве дифференциально диагностического пункта для сифилиса характерно: незначительное уменьшение палочковидных форм, моно-лимфоцитоз; нормальное содержание числа белых и красных телец или незначительная лейкопения, маловыраженная и средней степени анемия с тенденцией к гиперхромии, анизо-пойкилоцитозом, который в дальнейшем может перейти в незначительной степени выраженную анемию *А. Д.*

Sobei Jdé et Tamao Jdé. *Новая реакция для диагностики сифилиса* (Ann. mal. vén. № 5, 1937). Реакция Вассермана, как известно, требует значительного количества ингредиентов и довольно сложна. Предлагаемая авторами реакция очень проста; требуется только капля крови, и чтение результатов производится с помощью микроскопа. Реакция авторов производится в течение нескольких минут у постели больного и, кроме того, реакция пригодна для исследования кровяной сыворотки, спинномозговой жидкости и эксудата пузырей. Приготовление антигена состоит в очистке мышцы сердца и обработке ее 95° спиртом, затем мышцы кладут в алкоголь в пропорции 20,0 мышц на 100 см³ алкоголя и оставляют при температуре 6)° в течение 7 недель, подвергая смесь встряхиванию каждый день два раза: утром и вечером. Через 7 недель смесь фильтруется и жидкость сохраняется в прохладном месте К 100 см³ этой жидкости добавляют 0,2 холестерина, нагревая смесь до 56° в течение 10 мин. (жидкость № 1). К другой порции фильтрованной жидкости добавляют бензойной кислоты Мерка до 5% раствора (жидкость № 2). Затем изготовляется 1% алко-