

Hruszek. О лечении эпидермофитии рук и ног (Rev. franç. Dermaf. et Venerol., № 2, 1937).

При заблеваниях, вызванных паразитом типа epidermophyton, автор применял 2 раза в день по 10 м. местные ванны с приближением раствора марганцовокислого калия. После высушивания пораженные места и прилежащие участки кожи смывались смесью: Sulf. pp. 5,0—10,0, Zinci oxyd. и Talcii aa 15,0—20,0, glycerini, Spirit. vini 60/0, Aq. destill. aa ad 100,0 (взбалтывать перед употреблением).

Эта микстура на коже быстро высыхает. перевязка не нужна. Такое лечение применяется до исчезновения клинических явлений. Для предупреждения рецидива следует применять эту же микстуру в течение многих месяцев с более или менее значительными промежутками (каждые 10 дней, затем каждые 20 дней, затем каждые 30 дней).

Такая же терапия применяется и при поражениях стоп и кистей рук, вызванных трихофигией и ахорионом. M. Вексель.

Gougerot и Albeaux—Fernet. Новый способ лечения облысения метилацетилхолином. (Bull. Soc. franç. Dermat. et Syph. № 8, 1935).

Авторы считают, что основной причиной облысения является сужение сосудов, вызванное нарушением иннервации симпатического нерва; на поверхности облысевших очагов кожи имеется сужение вазомоторов. Этому явлению необходимо противопоставить лечение путем расширения сосудов, которое достигается применением ацетилхолина и метилацетилхолина.

Техника: интродермально в области облысевшего очага вводится 0,05 см³ раствора метилцетилхолина (разведение 0,002 на 0,5 дистилл. воды). Всего 5—6 инъекций с промежутками по 3—4 дня. Размеры облысевших очагов, их количество существенной роли не играют.

После 2—3 инъекций в зоне инъекции появляется несколько белых волос, в дальнейшем волосы становятся более заметными; их диаметр, резистентность при попытке их вырвать увеличиваются. Процесс появления волос все прогрессирует. Через 15 дней после последней инъекции волосы принимают нормальный оттенок. Авторы не наблюдали никаких осложнений, они ссылаются на материал, где с успехом применяли ацетилхолин в аналогичных случаях (65 случаев); в 83% они наблюдали появление волос к концу 3-ей недели. Авторы лечат метилацетилхолином также vitiligo. M. Вексель.

Wilson. Лечение зуда вульвы впрыскиваниями алкоголя. (J. Am. m. Ass. T. 110 № 7, 12/1 1938).

В случаях упорного зуда вульвы, не поддающегося никаким терапевтическим воздействиям, автор прибегает к впрыскиваниям 95% спирта. Тонкой иглой, направленной перпендикулярно к коже, он вводит алкоголь непосредственно под слой дермы в количестве от 0,12 до 0,24 на место каждого вкола. У пожилых лиц со склерозом и варикозными расширениями вен вульвы следует соблюдать большую осторожность, впрыскивать не больше 0,12 алкоголя через сравнительно большие промежутки; лицам с ненарушенным кровообращением вводится по 0,24 алкоголя на каждый сантиметр пруригинозной ткани. Непосредственно после инъекции появляется отек больших и малых губ, который своего максимума достигает через 12—24 часа, затем постепенно рассасывается и через 3—10 дней вульва принимает приблизительно нормальный вид; только в области больших губ остается кожная индурация, но постепенно и она проходит; прощупывается только цепь мелких узелков, которые исчезают не раньше 4—6 недель. Зуд обыкновенно прекращается тотчас же после инъекции, в иных случаях местами незначительный зуд остается, и если он продолжается и после рассасывания отека, то можно повторить впрыскивание алкоголя. Введенный алкоголь прежде всего вызывает дегенеративные изменения в подкожных нервных окончаниях, в результате чего создается анестезия, продолжающаяся до наступления регенерации. Еще более важными представляются изменения, происходящие в васкулярной и ретикулоэндотелиальной системе, выявляющиеся в быстрой мобилизации полиморфноядерных лейкоцитов и гистиоцитов, которые вызывают репарацию воспалительного процесса, лежащего в основе заболевания. В. Дембская.

Montgomery. Acne necrotica miliaris на голове. (Arch. of Derm. a. Syph. № 1, т. 36, 1937).

В дерматологической клинике Майо с 1933 г. было зарегистрировано 35 боль-

ных с миллиардными некротическими угрями на голове. Заболевание характеризуется появлением на волосистой части головы небольших, величиной с булавочную головку, пузырьков или пузырьков-пустул, некоторые покрыты корочкой с волосом в центре. Дерматоз имеет хроническое течение. Возраст больных колебался от 14 до 17 лет. 8 больных из 35 имели явления себореи. Среди больных только 5 женщин. Зуд испытывали не все больные. Гистологическое изучение биопсированных угрей показало, что миллиардные некротические угри по своему гистологическому строению не отличаются от некротических угрей. Вероятным патогенным агентом является стафилококк. А. Д.

Gartwinkel. *Лейкемия кожи и эриродермия.* (Arch. f. Dermat. u. Syph. т. 175, № 5, 1917).

На основании изучения литературы, обнимающей 222 случая, и собственных наблюдений над лейкемией кожи, автор приходит к заключению, что в 4,5% всех случаев имеет место первичная лейкемия кожи; в половине всех случаев лейкемия кожи сопровождается одностороннее заболевание внутренних органов. В статье дано описание и разбор случая перифрической, генерализированной лейкемической эриродермии кожи. Кожа с ее особыми видами реакций может являться исходным пунктом лимфатической лейкемии. Эриродермия как лимфатическая лейкемия кожи является своего рода защитной реакцией против неизвестных ядов. А. Д.

Заседания медицинских обществ.

Хирургическое общество.

Заседание 17/X 38 г.

Демонстрации.

1. Асс. П. В. Назаров. Случай обширной резекции кишечника по поводу узлообразования.

Докладчик демонстрирует больного С-ва, 31 г., оперированного (проф. Г. М. Новиков) в к-ке неотложной хирургии по поводу узлообразования. Операция произведена под местной инфильтрационной анестезией по Вишневскому. Удалено 432 см тонких и 75 см толстых кишок (сигма), кишки гангренозные.

В первые дни после операции в кале непереваренные куски пищи. Стул жидкий, до 7 раз в сутки. В дальнейшем стул 4 раза, оформленный. Выписан в хорошем состоянии. В настоящее время (через 7 месяцев после операции) больной работоспособен. Благоприятный успех после операции докладчик объясняет примененным методом обезболивания и соответствующим ведением послеоперационного периода (трансфузия крови, диета).

2. Асс. Л. С. Любимова. К казуистике содержимого грыжевого мешка при ущемлениях.

Докладчик на материале клиники неотложной хирургии ГИДУВ (директор проф. Г. М. Новиков) имела два случая ущемления слепой кишки вместе с отростком и петлей подвздошной кишки в левосторонней паховой грыже. Первый случай касался ребенка 1½ лет, второй — мужчины, 35 лет. Оба случая закончились выздоровлением. Докладчик привела литературные данные вопроса. Механогенез подобных перемещений слепой кишки связан с врожденной аномалией развития — наличием mesent. ileocolica communis.

В обоих случаях имела место весьма мобильная слепая кишка с общей брыжейкой с тонкой кишкой.

3. Асс. В. М. Осиповский. К методике костно-пластической фиксации переломов надколенника.

Докладчик анатомо-хирургически, экспериментально и клинически разработал методику костно-пластической фиксации переломов надколенника. В качестве материала используется аутопластическая изолированная кожная лигатура по принципу Боголюбова. Техника операции: местная инфильтр. анестезия по Вишневскому, разрез 10—12 см типа Textor'a, обнажение фрагментов. Из края раны вырезается кожная полоска шириною в 0,5—0,8 см и длиной 10—12 см. Острым ножом удаляется подкожная жировая клетчатка, кожная по-