

кремом. При наличии гнойников применяется аммонийно-ртутная мазь. При сильно расчесанной и раздраженной коже, прежде чем приступить к противочесоточному лечению, следует успокоить кожу примочками. *В. Дембская.*

Fignot. *Симптоматология и терапия стригущих лишаяев.* Presse Med., № 20, 10, III 1937 г.).

Чтобы лучше рассмотреть заболевшие волосы надо поставить голову между тенью и светом так, чтобы этот последний скользил по ней. Иногда пораженные волосы скрываются под корками. Эти корки облегчают находку пораженных волос. При микроспориозе волос представляется как бы покрытым пленкой, при эндоспориозе он имеет вид занятой, его обломки глубоко вкраплены в густую корку. Эти признаки касаются уже развившегося заболевания. Волос, пораженный микроспориозом, имеет под микроскопом вид стеклянной палочки, олущенной в клей и вывалившейся в песок. При эндотрихофитии же он весь пронизан нитями спор, напоминающая мешок, наполненный орехами, причем паразит не переходит за пределы эпидермиса волосистого стержня. При кериион встречаются паразиты, весьма напоминающие микроспорион, но они еще более мелкие, почему их и называли микродами. Как и при микроспориозе они образуют как бы футляр вокруг волоса с той только разницей, что здесь споры лежат в виде нитей, а не в виде мозаики. В значительно более редких случаях встречаются паразиты типа эндо-экзотрикс, которые наполняют внутренность волоса и в то же время выходят за пределы эпидермиса, образуя вокруг него как бы футляр из очень крупных спор (мегаспоры).

Дифференциальная диагностика: при пелладе (кружковой пелладе) волос имеет вид вопросительного знака. Под псевдолишаем Дювержи подразумевают либо блестящий импетигоидный экзема стрептококкового происхождения, либо микробные слоистые чешуйки еще не выясненного происхождения. При стрептококковой инвазии всегда имеется склонность к экзудации. При амикробном псевдолишае корки сухи и напоминают рыбью чешую. Волосы в обоих случаях остаются нормальными. При питириазиформных экземах имеется интермиттирующий зуд, легкая краснота и шелушение. Сломанных волос тоже нет. С профилактической целью следует в течение нескольких дней протирать голову йодированным спиртом 1:100 и втирать массажными движениями мазь Сабуро: дегтю 10 г, ланолин и вазелин по 10 г и желтой окиси ртути 1 г. Эпидемия лучше всего достигается применением X-лучей по Сабуро-Нуаре и Кинбеку (5 эквидистантных полей). Некоторыми до сих пор еще применяется в целях депиляции ацетат таллия.

При лишае с сильно выраженной воспалительной реакцией типа кериион Цельзия рентгенологическая эпидемия является излишней. Надо успокоить раздражение влажными компрессами, снять корки, эпилировать лишетом заболевшие, легко отстающие волосы и протирать затем утром и вечером голову водным спиртом 1:100. При таком способе кериион обычно излечивается в течение 15 дней. В некоторых случаях стригущий лишай сопровождается менее ясно выраженной воспалительной реакцией, имеющей вид фолликулита. В таких случаях надо прибегать к радиотерапии, которая дает значительно более быстрый эффект, чем при сухих формах стригущего лишая. Автор, следуя инициативе Сабуро, прежде чем подвергать радиотерапии сухие стригущие лишай, предварительно переводит их в воспалительную форму путем осторожного применения кротонного масла на блестящий лишай. Возникший фолликулит дает возможность с большой легкостью удалять волосы, не ломая их. Этот способ можно применять и в тех случаях, когда после радиотерапии еще остались не выпавшие волосы, их можно удалить лишетом, не прибегая к повторному облучению. *В. Дембская.*

Irgang, S. и Alexander, E. (Нью-Йорк). *Случай эритроплазии (Atrch. of Derm. a. Syph., № 2, 34, 1936).*

Сообщение о случае, касающемся 77-летнего истра, у которого за 4 года до обращения его к авторам появились явления баланита. Применялись различные методы терапии, но процесс не поддавался лечению. По своему виду поражения на головке имели вид лейкоплакии, однако инфильтрата не было, кое-где процесс имел тенденцию к поверхностному изъязвлению. Паховые железы не изменены. Реакция Вассермана была отрицательной. При изучении биопсированного кусочка ткани были найдены явления паракератоза, проли-

ферации эпителия, скопления клеток в кератонизированных очагах, расширения кровеносных сосудов. На основании изучения данных о больном авторы считают, что эритроплазию нужно считать проявлением рака. А. Д.

Cornbleet, Th., Klein, R. и Pace, E. (Чикаго). *Содержание витамина С в поте* (Arch. of Derm. a. Syph., № 2, т. 34, 1936).

Исследуемый субъект помещался в комнату и подвергался действию тепла, пот собирался в сосуд. Один куб. см пота смешивался с 9 куб. см ледяной уксусной кислоты, затем фильтровался и титровался с дихлорофенолиндофенолом по методу Haggis и Pauly. Содержание С-витаминной кислоты колебалось от 0,55 до 0,64 мг на 100 куб. см пота. А. Д.

Sézary, A. et Friedmann, E. *Длительность инкубации при болезни Никола-Фавра*. (Bull. Soc. fr. Derm. et Syph., № 8, 1936).

За последние годы авторы наблюдали более 100 случаев лимфогранулематоза. Наибольшего интереса с точки зрения изучения длительности инкубационного периода при этом заболевании заслуживают 11 случаев, истории болезни которых авторы и приводят в кратких выдержках. В 8 случаях инкубация равнялась одному месяцу, в 1 случае—1½ месяцам и в 2 случаях—3 месяцам. Наиболее вероятен и правдоподобен период в 1 месяц. Экспериментальные исследования на животных показывают, что у них инкубация равняется в среднем 35 дням. Tougaine в прениях по докладу авторов указал, что в классических руководствах и по его личным наблюдениям инкубационный период болезни равняется 10—25 дням. А. Д.

Vosage, A., Lépine, P. и Chevè, J. *Наличие вируса болезни Никола-Фавра в нагноившемся фолликулите препуциального мешка*. (Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. № 8, 1936).

Мужчина, 23 лет, заболел острой гонореей, в Барселоне лечился промываниями и вливаниями гонакрина. Через 12—15 дней от начала лечения на препуциальном мешке появились два фолликулита. Еще через 5 дней—лихорадка с температурой до 39°. Вскоре появляются адениты в пахах, характерные для лимфогранулемы. Фолликулиты напоминали по виду „гоноройные абсцессы“. Гоноройный уретрит закончился, моча была чистой. Гной из фолликулитов был привит мышам. Изготовленный антиген Фрея был применен на больном и внутрикожная реакция оказалась положительной. Под влиянием лечения подом аденопатия была излечена. Авторы считают фолликулиты за „шанкры“ болезни Никола-Фавра. А. Д.

Goldberg, L. и Fonde, G. *Рецидивирующий „лимфогрануломатид“ (?)*. (Arch. of Derm. a. Syph., № 3, 34, 1936).

Приведена история болезни больного, 42 лет, страдавшего лимфогранулематозом. Реакция с антигеном Фрея положительна. После применения препарата лития для терапевтических целей, у больного появилась сыпь на отдельных участках тела типа многоформенной эритемы. При биопсии кусочка кожи на месте высыпаний и гистологическом его исследовании не найдено характерных для лимфогранулематоза изменений, схожих с теми, что были обнаружены из очагов паховой области. Из кусочков биопсированных элементов был изготовлен антиген, который применялся для внутрикожной реакции—реакция у б-ого была отрицательной. Не является ли сыпь результатом применения лекарства? Прекращение применения препарата лития не привело к исчезновению сыпи, а дальнейшее применение препарата не усиливало высыпаний. Авторы предполагают, что им пришлось наблюдать аллергический синдром у больного с лимфогранулематозом. А. Д.

Weissenbach, R., Fernet, P. и Faulong, L. *Склеротический фимоз*. (Kraurosis penis) (Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph., № 8, 1936).

Сообщение о мужчине, 30 лет, у которого был фимоз склеротического характера; аналогичные изменения были обнаружены и в области наружного отверстия мочеиспускательного канала. Больной отрицает венерические заболевания; все серологические реакции у него отрицательны. Биопсия ткани препуциального мешка дала картину, типичную для крауроза. Авторы различают три формы крауроза: 1) атрофодермическую, 2) лейкоплакическую и 3) эритроплакическую. Две последние формы можно считать преинвазивными стадиями. У разбираемого больного была первая форма крауроза. Для лечения данного заболевания авторы ничего нового не предлагают. А. Д.