

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. Большой 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.