

применяя этот метод с большим успехом в тех случаях повышенного давления, которые сопровождались головной болью и головокружением. При бессимптомной гипертензии он к нему не прибегал.

*Picard, Perrin и Franck. Септицемия, вызванная „bacillus fragilis“ с кишечным кровотечением и абсцессом печени. (Bull. et mèm. des Hôp. de Paris, № 25, 1936).* Авторы, приводя свой случай, считают, что септицемии, возбудителем коих является *bacillus fragilis*, очень редки. Больная, 35 лет, родила 8-месячный мертвый плод, так как беременность была прервана острым желудочным заболеванием с диарреей. Б-ная поступила в больницу на следующий день после родов с очень высокой температурой, но без озноба. Жалобы на боли в эпигастрии, с иррадиацией в правое подреберье, и на диарею (4—5 раз в день). Явления усиливались, поносы стали чаще, появилась рвота. На 7-й день обильное кишечное кровотечение, после которого было произведено переливание крови. Живот вздут, но нет *détense*. Два раза была взята кровь для серодиагностики и гемокультуры—результат отрицательный. В третий раз за 2 дня до смерти удалось выделить культуру *bacillus fragilis*. На аутопсии обнаружен колоссальный абсцесс правой доли печени; в посеве обнаружены анаэробы, кишечная палочка и энтерококк. Интересно отметить, что при такого рода септицемиях не отмечался лейкоцитоз и полинуклеоз.

*K. Perreg. Локализование гиперергии. (Vichows Arch. 296, 364 402, 1936).* Экспериментально можно осуществить различную локализацию гиперергических реакций. Характер воспаления всегда получится один и тот же, какой бы специфической реакцией между антителом и антигеном он ни был вызван. Всегда в таких случаях получается фиброденоидное набухание, склероз и образование гранулемы. Эти изменения не связываются с определенным возбудителем болезни в бактериологическом смысле, для их осуществления достаточно наступления реакции между морфологически столь безусловными компонентами как антиген и антитело. Все разнообразие гиперергических картин клинически определяется их локализацией. При эклампсии, например, имеется увеличение количества гормона передней доли гипофиза, одновременно наступающая гиперергия (к белку ялода) локализуется под влиянием избыточного гормона в определенных областях, что и придает болезни ее особый отпечаток. Путем аналитического подхода удается отыскать общий принцип при клинически столь различных заболеваниях, как эклампсия, язва желудка, облитерирующий тромбангиит и др. В основе их всех лежит гиперергический компонент совершенно специфического характера, выражающийся в идентичных изменениях тканей.

## г) Дерматология.

*Zimmerman, L. Патогенез кожных осложнений при варикозных венах. (Arch. of Derm. a. Syph., № 1, 34, 1936).* С помощью инфракрасной фотографии варикозных вен и кожных осложнений при них удается обнаружить непосредственные взаимоотношения между расширенным стволом сосуда и сопровождающими его кожными поражениями. Кожные проявления возникают не только в результате хронического застоя, но могут быть вызваны и воспалительным процессом в кровеносном сосуде.

*Rotter. Химиотерапия кокковых заболеваний. Наблюдения над лечением рожи протозилом. (Derm. Ztschr. Январь, 1937).* Лечение рожистых воспалений протозилом имеет ряд преимуществ перед другими методами лечения. А. это подтверждает собственными наблюдениями на 100 больных. Течение болезни шло быстрее и легче; осложнения, рецидивы и смертельные случаи были редки. Период лихорадочного состояния и время пребывания в стационаре было значительно укорочено. Действие протозила резко выражено и при других кокковых заболеваниях. Эффект от лечения протозилом основан на химическом воздействии вещества на микробов и биологическом воздействии на весь организм.

*Nadel. Распространенная аллергическая экзема, вызванная окрашенной одеждой. (Derm. W., № 49, 1936).* У мужчины, 29 лет, экзема продолжалась в течение 16 месяцев и не поддавалась терапии. Автору удалось установить, что причиной экземы была краска розанилин, которой была окрашена одежда больного. Смазывание раствором краски больших участков кожи больного вызывало резкую экзацербацию кожных высыпаний. Излечение экземы насту-

цило при назначении местно индифферентных мазей и одновременном введении больному интракутанно и субкутанно краски розанилина.

*Hruszek. К вопросу о продолжительности жизни дерматомицетов.* (Dermat W., № 49, 1936). Автор публикует свои дальнейшие наблюдения над культивированием патогенных грибов, которое производилось в особых защищенных стеклянных пробирках. Некоторые штаммы грибов культивировались долгое время (120—490 дней), другие штаммы не удавалось культивировать более 30 дней. Продолжительность срока жизни грибов зависит от характера споруляции и в большей мере еще от аутолиза и воздействия энзима.

*Hollander, L. и Fetterman, G. Злокачественная иододерма.* (Arch. of Derm. a. Syph., № 2, т. 34, 1936). После краткого обзора литературы об иододерме, авторы приводят подробное описание случая, который они наблюдали в 1935 г. Больной, 65 лет, обратился в хирургическую клинику с жалобами на язвы в различных участках тела. После обследования ему было назначено продолжать лечение иодом. Язвенный процесс и своеобразные клинические высыпания усиливались, что заставило врачей, лечивших его, обратиться за консультацией к дерматологам. При первом осмотре больного было заподозрено у него наличие сифилиса, саркомы или лейкомии кожи, однако серологические реакции оказались отрицательными, а гистологически был найден воспалительный процесс без признаков специфичности. В моче был обнаружен иод. Высыпания на теле характеризовались множественностью, их было до 70 на всем теле; по виду они напоминали опухоли различной величины в разных стадиях развития, красного цвета с центральным изъязвлением; некоторые имели вид рупий с плотной коркой в середине. Опухоли располагались на воспаленном основании и были подвижными. Авторы остановились на диагнозе иододермы по следующим мотивам: 1) своеобразии кожных высыпаний, 2) связь их возникновения с приемом иода, 3) наличие иода в поражениях кожи, 4) характерная гистологическая картина кожи пораженных участков и 5) подобие описанного случая с ранее описанными 10 случаями этого заболевания.

(Авторы считают свой случай тринадцатым в литературе, с чем нельзя согласиться, ибо приведена далеко не вся литература вопроса и в частности нет ни одного русского автора. Только в русской литературе описано более 10 случаев подобного заболевания. *Реф.*)

*Frohn. Leukonychia* (Derm. Ztsch., № 3, т. 74, 1936, октябрь). Заболевание проявляется возникновением на ногтях поперечных беловатых полос-валиков. Изучение автором 10 случаев болезни убедило его, что заболевание встречается чаще, чем оно описывается. В качестве момента, способствующего появлению болезни, указывается травма. Предрасположение к этому виду страдания также имеет значение.

*Weissenbach, Martinea и Steward. Случаи прогрессивной склеродермии* (Soc. Franc. Derm., № 5, 1936). Авторами приводится случай прогрессирующей склеродермии, по поводу которой год тому назад была произведена левосторонняя паратиреоидэктомия. После этого развитие болезни приостановилось, затем стало наблюдаться улучшение со стороны пораженной кожи предплечий. Это улучшение было постепенным, но после 6 месяцев дальнейшего улучшения не наблюдалось.

Авторы предполагают произвести повторную паратиреоидэктомию.

*Е. Ауслендер.*

### д) Хирургия.

*Molnar, M. Двухмоментный травматический разрыв селезенки в случае идиопатической спленомегалии.* (Zentralblatt f. Chir., № 39, 1936). А. приводит наблюдавшийся им случай двухмоментного разрыва селезенки. У 23-летней женщины после падения на левый бок было обморочное шоковое состояние, которое через 2 дня прошло. Через 7 следующих дней при незначительной травме—подняла ребенка—снова обморочное состояние. Прибывший врач констатировал внутреннее кровотечение. Через 13 часов больная была доставлена в санаторий. Диагноз двухмоментного разрыва селезенки был поставлен до операции. Срочное вмешательство подтвердило диагноз. Селезенка лопнула в капсуле на 2 равные части, а через 9 дней произошел разрыв капсулы.