

derpurati subtilis в оливковом масле; из них в 3 случаях получила полная ремиссия с восстановлением работоспособности, а 2 больных остались без улучшения. Кроме этих больных, у 2 лечение еще не доведено до конца, причем один из них находится в состоянии полной ремиссии.

С. Г—в.

л) Дерматология.

47. Колебания в содержании сахара в крови при различных дерматозах устанавливает Л о е в (Arch. f. Derm. u. Syph., 1927, Bd. 152, N. 3) на 462 случаях. Нормальные средние цифры (80—110 mgr.) содержания сахара автор получил при язвах голени, сифилисе, герпетиформном дерматите, крапивнице, экземе, микозах, псориазе и др. Значительная гипергликемия наблюдалась при фурункулезе, интертригинозном дерматите и полиморфной эритеме. При т. наз. „аллергических“ заболеваниях—астме, экссудативном экземе (Rost объединяет под этим названием различные кожные высыпания при экссудативном диатезе детей)—имеется резкая гипогликемия.

Н. Яснитский.

48. Рецидивы грибковых заболеваний волосистой части головы после лечения x-лучами. При чрезвычайно сильном распространении в настоящее время паразитарных заболеваний среди детей школьного возраста вопрос о методах лечения и рецидивах этих заболеваний приобретает особенно важное значение. Этому вопросу посвящена обстоятельная работа Е. Мускаблют и Н. Черногоубова (Arch. f. Derm. u. Syph., 1927, Bd. 152, N. 3), которые на большом материале (1546 случ. грибковых заболеваний, леченных лучами Röntgen'a) устанавливают частоту рецидивов в 6,4%, причем большинство их падает на 1-й год после окончания лечения. Интересно отметить тот факт, что рецидивы у маленьких детей наблюдаются значительно реже, чем у более старших (13—16 лет). По данным авторов трихофития дает рецидивы в 7%, парша—в 4,8%, при микроспории и смешанных формах рецидивы обычно не наблюдаются. Разбирая детально рентгентехнику лечения, авторы приходят к заключению, что правильно примененная рентгенизация с продолжительным назначением последующего мазевого лечения является надежной гарантией против рецидивов болезни.

Н. Яснитский.

49. Лечение мягкого шанкра парами иода. А. К. Платовский (Сов. М. на С. Кавк., 1927, № 8—9) в 17 случаях получил очень хорошие результаты от следующего способа лечения мягкого шанкра: взяв обыкновенную глазную пипетку, он заткнул узкий конец ее небольшим кусочком ваты, а в широкий помещал несколько кристаллов металлического иода, после чего соединял пипетку, при помощи резиновой трубки, с баллоном и проводил ее над пламенем спиртовой лампы, пока не появлялись фиолетовые пары иода; тогда, сжимая баллон, он выгонял пары иода на поверхность язвы шанкра, предварительно обмытую кипяченой водой и обсушенную гигроскопической ватой, пока на язве не откладывался слой мельчайших кристалликов иода (в среднем заключавший около 0,029 последнего). Весь сеанс требовал лишь нескольких секунд. Для полного заживления нужно было в различных случаях от 3 до 18 сеансов.

Р.

50. К лечению розжи. Hirtzmann (Progrès méd., 1927, № 9) видел при розже очень хорошие результаты от внутривенных впрыскиваний скипидара. Скипидар вводился в одну из локтевых вен, по 2 куб. с., дважды в день.

Р.

Рецензии.

Проф. А. М. Левин. Введение в клинику внутренних болезней. Изд. ГИЗ. Ч. I 1926, ч. II 1927. Ц. по 4 р. 50 к. за часть.

Когда из-под пера одного из старейших и опытейших клиницистов нашего времени, учеником и слушателем коего и я имел удовольствие быть в 1897-98 г. в Военно-Медицинской Академии, выходит в свет такая книга, как введение в клинику внутренних болезней, то, естественно, это является праздником в отечественной литературе. Здесь, нужно думать, изложены взгляды и мировоззрения представителя русской науки и клиники—тем более, что, как гласит предисловие, книга написана для молодых врачей нашего Союза, у которых, конечно, есть же-