

обтираніе черезъ часть или два смѣсью уксуса и воды, давались отхаркивающія, на 3 и 4 недѣлѣ хининъ (скорѣй какъ укрѣпляющее), питаніе жидкой пищей. Въ заключеніе авторъ признаетъ наилучшимъ и менѣе опаснымъ способомъ леченія брюшного тифа въ дѣтской практикѣ способъ симптоматическій.

В. Зувъ.

И. А. Шабать. *Бактеріоскопія въ бактеріологической діагностикѣ дифтеріи.* Врачебная Газета, 1901 г., № 32.

Микроскопическое изслѣдованіе мазковъ позволяетъ непосредственно судить о количествѣ дифтеритныхъ палочекъ, о присутствіи другихъ бактерій, о количественномъ ихъ отношеніи; бывають случаи, гдѣ разводки даютъ отрицательный результатъ при нахожденіи дифтеритныхъ палочекъ въ мазкахъ, что было найдено многими авторами. Авторъ приводитъ случай изъ своей практики, гдѣ только при посѣвѣ въ 4ый разъ были получены дифтеритныя бациллы въ разволкахъ, тогда какъ въ мазкахъ онѣ были найдены съ перваго же изслѣдованія. Что касается до двойной окраски Löffler'овскихъ палочекъ по М. Neisser'у въ мазкахъ, то изслѣдованія автора подтверждаютъ скорѣе данныя Яковлева, получившаго эту окраску въ 46% дифтеріи. Отрицательный результатъ М. Neisser'овской окраски на мазкахъ не даетъ возможности исключить присутствіе дифтеритныхъ бациллъ въ изслѣдуемомъ случаѣ.

В. Зувъ.

Къ вопросу о мѣрахъ борьбы съ дифтеріей. Дѣтская медицина, 1901 г., № 2.

Упомянутая статья является докладомъ комиссіи Общества Дѣтскихъ Врачей въ Москвѣ. На основаніи современныхъ знаній объ этиологіи и эпидемиологіи дифтеріи, приведенныхъ въ началѣ статьи, устанавливаются такіа положенія.

1) Палочка Löffler'a есть производитель дифтеріи; въ какомъ бы состояніи и гдѣ бы она не встрѣчалась при извѣстныхъ обстоятельствахъ, благоприятныхъ для этого, она можетъ дать заболѣваніе и только въ отсутствіи ея мы гарантированы отъ болѣзни вполне.

2) Въ дѣйствительности эти благоприятныя обстоятельства встрѣчаются не такъ часто и сами природа вноситъ какой-то коррективъ, такъ что приблизительно лишь 1 изъ 10—30, подвергавшихся возможности заболѣть, заболѣваетъ.

3) Есть основанія предполагать, что наибольшей вредоносностью обладаетъ палочка больного дифтеріей, отъ котораго и происходитъ большинство заболѣваній. Однако данныя о заболѣваемости не даютъ возможности съ точностью раздѣлить заболѣвшихъ подъ влияніемъ больныхъ отъ таковыхъ же подъ влияніемъ здоровыхъ носителей палочекъ.

4) Нѣтъ возможности судить въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, насколько палочка вредоносна для окружающихъ и насколько обстоятельства благоприятны или неблагоприятны для заболѣванія.

На высказанномъ основываются и мѣры профилактики (кроме мѣръ общихъ для всѣхъ заразныхъ болѣзней).

Самой радикальной и рациональной мѣрой является изоляція всѣхъ носителей дифтеритной палочки и уничтоженіе ея на неодушевленныхъ предметахъ. Какъ важнѣйшая профилактическая мѣра—періодическое изслѣдованіе содержимаго слизистыхъ оболочекъ извѣстной группы дѣтей (пріюты, общежитія и т. д.), хотя на практикѣ это и трудно выполнимо. Выздоровливающее лицо съ остатками катарральныхъ явленій обязательно должно изолироваться до исчезновенія всѣхъ слѣдовъ болѣзни. Дѣти и возвращающіяся въ среду, дающую большой матеріалъ для заболѣванія (школы, пріюты и т. п.), должны удерживаться въ больницахъ до полного исчезновенія палочекъ. Здоровые носители палочекъ должны быть удаляемы тогда, когда они находятся въ средѣ, особенно расположенной къ заболѣванію (напр. среди коревыхъ), не должны пользоваться общей посудой, бѣльемъ, должны избѣгать поцѣлуевъ.

В. Зуевъ.

Н. Лапинеръ. *Случай первичнаго дифтерита кожи и половыхъ органовъ.* Дѣт. Медич., 1901 г., № 2.

Въ виду рѣдкости заболѣванія и невыработанности терапіи, авторъ сообщаетъ бывшій въ его практикѣ случай. Въ семьѣ, гдѣ авторъ наблюдалъ послѣдовательно три случая дифтерита зѣва, дѣвочка 7 лѣтъ заболѣла дифтеритическимъ пораженіемъ внутренней поверхности большихъ губъ, частью малыхъ губъ, клитора, отверстія