

41. *Практическая ценность провокации WR в крови.* Крупный недостаток WR—отрицательный результат в 50% при латентном сифилисе. Отсюда—методы ее провокации. Предложенный впервые метод Genniferich-Millian'a (провокация введением неосальварсана) дает положительный результат нечасто. Oppenheim предлагает провокацию молоком, туберкулином, Konrad—тифозной вакциной. Россинский и Мишкер (Вен. и Дерм., 1925, № 5) считают наилучшим комбинированный метод—введение неосальварсана и молока. Техника его такова: латентному сифилитику (выбирать надо таких, у которых после последнего лечения прошло не меньше года) делается вливание неосальварсана 0,45, затем две инъекции молока внутримышечно (3,0—5,0) с 3-дневным промежутком и опять вливание 0,45 неосальварсана. Кровь на WR исследуется до первого вливания сальварсана, после него, после первой и второй инъекций молока, после последнего вливания сальварсана и, наконец, спустя 10—14 дней после него. В случаях успешной провокации положительная WR обнаруживается уже в первые дни. Проведя таким способом 68 латентных сифилитиков, авторы получили в 53% положительный результат, тогда как по старому способу Genniferich-Millian'a они у 45 больных получили положительный результат лишь в 33% (у др. авторов % этот еще меньше—от 5 до 10. Реф.). Наконец, у 25 контрольных (здоровых) комбинированный метод провокации всегда давал отрицательный результат.

А. Вайнштейн.

42. *Обезвреживает ли хлористый кальций токсические свойства неосальварсана?* Стремление вводить большие дозы неосальварсана, для лучшей борьбы с инфекцией, и обнаруживающиеся иногда токсические побочные свойства препаратов Ehrlich'a заставляют искать средств, способных их обезвреживать. К таким средствам обычно относятся сыворотка больного, желатина, сахараза и хлористый кальций. В то время, как сыворотка больного и желатина действительно отчасти уменьшают токсические свойства неосальварсана (Гржебин и Липскеров), а сахараза значительно ослабляет их (Кричевский, Эфрон и Фельдман),—хлористый кальций, как убедились Гржебин и Липскеров (Вен. и Дерм., 1925, № 5) экспериментальным путем, наоборот, увеличивают эти свойства (переносимая доза неосальварсана в воде для кролика равна 0,3, в растворе же хлористого кальция она ниже). Клинические наблюдения авторов, обнимающие 38 случаев сифилиса с различными проявлениями, также убедили Г. и Л., что хлористый кальций, как растворитель для неосальварсана, несколько не уменьшает его побочных свойств (повышение t° , головная боль, тошнота и т. д.) и не усиливает его спирохетоцидности и влияния на клинические проявления сифилиса и серореакцию.

А. Вайнштейн.

43. *Личная профилактика сифилиса и гонорреи.* С этой целью Gauducheau (Presse méd., 1925, № 30; по реф. Вр. Газ., 1925, № 19) рекомендует после подозрительного совокупления смазывать кожу penis'a и втирать на 2 сант. в уретру помаду след. состава: Hg. oxycyanati 0,1; thymoli 1,75; calomeli 25,0; lanolini 50,0; ol. vaselini 4,0; vaselini ad 100,0.

44. *К расpoznанию гонорреи у женщин.* Glingar (Med. Kl., 1924, № 35; по реф. Моск. М. Ж., 1925, № 9) думает, что в большинстве случаев хронической гонорреи полового аппарата у женщин гонококки имеются и в прямой кишке, куда у женщин легко затекает содержимое полового канала. Для обнаружения их здесь вводит в прямую кишку на глубину 6 сант. мягкий катетер, промывают чрез него нижний отдел кишки 50—100 куб. сант. теплой воды, последнюю собирают в стеклянный сосуд и вылавливают оттуда слизисто-гнойные комочки, в которых под микроскопом зачастую можно бывает найти типичных гонококков.

В. С.

45. *К вопросу об излечимости женской гонорреи.* Штернберг (Вен. и Дерм., 1925, № 4) различает излечимость клиническую и этиологическую. Если путем различных терапевтических мероприятий и достигается первая (что сказывается рядом субъективных признаков), то гораздо труднее решить вопрос об этиологической излечимости, т. е. об отсутствии гонококков,—вопрос чрезвычайно важный в профилактически-социальном отношении. Трудность разрешения его лежит прежде всего в изменчивости морфологии гонококка, в появлении т. наз. атипичных форм Asch'a. Иванов и Финкельштейн у заведомо гоноррройных б-ых обнаруживали гонококк Neisser'a только в $\frac{1}{3}$ случаев, а в $\frac{2}{3}$ —диплококк Asch'a. Т. о. бактериоскопические и бактериологические исследования являются

невольно надежными. Автор настоятельно рекомендует и биологические методы — провокацию внутрикожным введением гоноккокковой вакцины и метод связывания компонента Bordet-Gengou. В случаях заведомой гонорреи у женщин этот метод давал 60% положительных результатов в то время, как в мазках у тех же б-ых положительный результат получался всего в 14%, а с помощью культур — в 24%. (Проф. Финкельштейн подчеркивает также ценность этого метода при диагностике мужской хронической гонорреи, осложненной заболеваниями придатков. Реф.).
А. Вайнштейн.

46. *Лечение хронической гонорреи тампонадой уретры* предлагает Вашкевич (Вен. и Дерм., 1925, № 4). В уретру вводится прямая эндоскопическая трубка № 54, на ней делается массаж уретры при наличии литреитов, мандрин трубки вынимается, и вместо него вводится ватный тампон, пропитанный глицерином (20—50%) и протарголом (1/2—2%). Тампон оставляется в уретре на несколько часов, после чего он вынимается за свободный конец самим больным. Повторяется эта процедура дважды в неделю; наступающая после тампонады реакция является благоприятным признаком. Полезное действие тампонады сводится, по видимому, к осмосу лекарственного раствора из тампона в окружающую ткань уретры и гиперэмии, вызываемой тампоном, как нежным бужем, в течение нескольких часов. Автор видел прекрасные результаты, в большинстве случаев хронической гонорреи: где при обычных методах лечения требовались годы, тампонада давала ему успех в течение месяцев.
А. Вайнштейн.

47. *Аутожанетизация*. Колоссальный наплыв гонорройных б-ых в диспансеры, при недостатке врачебного штата, вынуждает диспансеры разрешать б-ым производить самим себе глубокие промывания уретры по Janet, т. е. производить аутожанетизацию. Семеняко (Вен. и Дерм., 1925, № 4) задался целью выяснить, насколько правильно б-ые пользуются этим способом, и пришел к выводу, что крайне ценный метод Janet в руках больных превращается в опасное средство (форсированное промывание, введение больших количеств жидкости, несоблюдение элементарных гигиенических правил и т. д.). У 108 больных, пользовавшихся аутожанетизацией, количество осложнений (эпидидимитов, простатитов) было вдвое больше, чем у больных, пользовавшихся методом Janet у врачев. Отсюда необходимость категорического воспрещения аутожанетизации.
А. Вайнштейн.

48. *О заболеваниях кожи при нарушении функции яичников* сообщает Szegö (Zentr. f. G., 1925, № 19). Ясная зависимость заболеваний кожи от функции яичников всем известна, она сказывается в периоде полового созревания, при беременности и во время климактерия; но эта зависимость сказывается и при уменьшении функции яичников. Она очевидна тогда, когда заболевания кожи совпадают или начинаются вскоре после нарушения функции яичников, и когда, при улучшении функции последних, улучшается и кожное заболевание. У своих больных автор наблюдал: acne vulgaris, comedones, экзему, pruritus и пр. Расстройство функции яичников выражалось в аменоррее во время беременности, после удаления матки, после лечения рентгеном и без ясных причин, в гипо-олиго-дис- и полименоррее и в раннем климаксе. Лечение экстрактом яичника (употреблялся glandovin фабрики Richter'a) дало хорошие результаты. Делалось от 6 до 18 (иногда и больше) инъекций внутривенно или внутримышечно, каждые 2 дня. Из 39 больных у 21 наблюдалось полное выздоровление, у 10 — улучшение, у 3 была неудача, у 4 результат лечения остался неизвестным, и у 1 получилось ухудшение.
В. Черногорова.

к) болезни уха.

49. *К вопросу об утомляемости слухового нерва*. Произведенные в этом направлении А. Т. Бондаренко (Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1925, № 9—10) исследования позволили ему прийти к следующим, важным в практическом отношении, заключениям: 1) широко практикуемые в отиатрии терапевтические и диагностические манипуляции (фарадизация, продувание и др.) оказываются далеко небезразличными для нормального уха; 2) по интенсивности и продолжительности наибольшее угнетение нормального слуха получается от калоризации водой в 16° R, далее следуют охлажденный воздух и фарадический ток и, наконец, продувание; 3) пропорциональность влияния всех этих агентов выражается отношением 6:3:1, колебания слуха в разные дни варьируют от 30 до 50%; 4) утомляемость слуха при катарактах среднего уха колеблется от 10 до 33%, при отосклерозах — от 50 до