

при висцеральных и суставных осложнениях гонорреи; при этом нарушается коллоидное равновесие, и появляется сенсбилизация определенных участков кожи с последующей пролиферацией клеток. Остающаяся после излечения повышенная чувствительность может вести к рецидиву кожного заболевания при новой гонорройной инфекции.

*Я. Печников.*

244. *Лечение гонорройного вульво-вагинита в раннем детском возрасте.* Испытаны различные способы лечения этой болезни в 24 случаях ее у детей в возрасте от 5½ мес. до 16½ мес., Б. Ю. Ивантер-Брагинская (Журн. по из. ран. дет. возр., т. IV, № 5) нашла, что наилучшим методом лечения является здесь вакцинотерапия: излечение при ней достигается в более короткий срок, чем при местном лечении, рецидивы наблюдаются реже, чем при этом последнем. Впрочем успех вакцинации, между прочим, зависит от времени начала ее применения (раннее применение дает лучшие результаты, чем позднее) и от свежести вакцины (чем вакцина свежее, тем она более действительна). Здесь кстати упомянем, что автор применял вакцины лаборатории б. Блюментала (стандарт—100 милл. б.) и Института имени Мечникова в Москве (стандарт—500 милл. б.). Вакцина, сначала в количестве 0,1—1,0 к. с., впрыскивалась под кожу бедра; впрыскивания повторялись, когда реакция от впрыскивания исчезала.

*В. С.*

245. *Лечение острого гонорройного аднексита.* Von Kennel (Münch-med. Woch., 1926, № 45) рекомендует для этой цели внутривенные впрыскивания афенила (10% раствора хлористого кальция фирмы Knoll) в дозе 10 куб. сант. Производя эти впрыскивания по разу в день, можно, при острых и подострых гонорройных сальпинго-оофоритах, в 8—12 дней получить такие результаты, какие при обычном противовоспалительном лечении получаются лишь в 3—4 недели, а декая впрыскивания по 2 раза в день, можно уже в 2—3 дня купировать острый аднексит. Благоприятный эффект оказывают впрыскивания хлористого кальция и на сопутствующие аднекситу метропатии. Каких-либо неблагоприятных побочных последствий от форсированного применения впрыскиваний автор не наблюдал.

*Р.*

246. *К лечению хирургических осложнений гонорреи.* Шапиро (Вестн. Совр. Мед., 1926, № 9) рекомендует для лечения гонорройных артритов старый способ Снегирева, употреблявшийся им для лечения гонорройных заболеваний внутренних женских половых органов. Способ этот состоит в 2—3-кратном подкожном вливании 1000—1500 куб. ст. физиологического раствора с промежутками в 2—4 дня. Чем выше температура у больных, тем лучше результаты. В противоположность гонорройным заболеваниям внутренних женских половых органов, при гонорройных артритах лучшие результаты получаются в остром периоде.

*Н. Кипченко.*

### ж) Болезни уха, носа и горла.

247. *Люмбальная пункция и слух.* Д-р Могильницкий (Вест. Ринол.-от., 1926, № 4—5) на 85 случаях тугоухости различной этиологии убедился в благоприятных результатах люмбальной пункции. Результаты эти—временные, делающиеся более стойкими при последующей фарадизации ушей. Улучшение слуха после пункции есть следствие понижения внутричерепного и внутрилабиринтного давления, каковое понижение ведет к улучшению условий кровообращения в лабиринте.

*Л. Алексеева.*

248. *О глухоте после хинина.* Д-р Файн (Вест. Р.-л.-о., 1927, № 1) приводит три случая развития глухоты после подкожных инъекций хинина (от 10 до 20 инъекций). Wittmaack от действия хинина обнаружил дегенеративные процессы в gang. spirale cochleae, gang. vestibulare и в корневом органе. Попытки медикаментозного лечения и электризация не дают результатов.

*Н. Лопатина.*

249. *К этиологии озы.* Albrecht (Zeit. für Hals-, Nasen-und Ohrh., 1926; Bd. 15, 2—4 Heft) думает, что из многочисленных теорий возникновения озы только две заслуживают внимания, а именно, во-первых, та, которая говорит о специфическом возбудителе, во-вторых, та, которая считает причиной возникновения озы конституцию. Автор исследовал 25 семей, в которых неоднократно встречалась эта болезнь, и пришел к заключению, что оза является болезнью наследствен-

ной, причем переходит только к родственникам по крови, и никогда супруги не заражают друг друга, как-бы это имело место, если-бы оправдалась теория инфекции. Автор полагает, что озена начинается у всех с катарра слизистой, которая реагирует на раздражение распространением соединительной ткани. Форма и величина просвета носа имеет при этом существенное этиологическое значение.

*М. Венецианова-Груздкова.*

250. *Имплантиция кости при озене.* Möbius (Zeit. für Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk., 1926, S. 214) проделал 80 операций имплантации спонгиозной коровой кости при озене, получив при этом удовлетворительные результаты. Опыт показал ему, что целесообразно употреблять в качестве имплантата очень порозую кость, так как соединительная ткань может совершеннее прорастать ее. При этом автор употребляет маленькие кусочки кости, так как они лучше входят в нос и лучше прорастаются грануляционной тканью. Очистка носа, очень важная в смысле асептики, производится неоднократным промыванием алкоголем и смазыванием водной настойкой. При отсепаровке слизистой надо избегать ее разрывов. Швы, по мнению автора, здесь ненужны и даже опасны, ибо они могут разорвать слизистую или внести инфекцию. Что касается результатов, то М. приводит их лишь относительно тех случаев, которые он проследил 3—4 года. Таких больных у него было 18, все с двухсторонней озеной. За исключением 2 больных все они были оперированы только с одной стороны. В половине случаев кусочки кости приросли хорошо, в другой же половине маленькие кусочки кости выделились из носа по прошествии нескольких месяцев после операции. У 3 пациентов вследствие отделения кусочков почти не наступило улучшения, из остальных 15 у 6 получились прекрасные результаты,—носовой просвет сузился, и большие совершенно освободились от насыхания коры и запаха; у 9 больных пришлось делать промывания.

*М. Венецианова-Груздкова.*

## Рецензии.

Prof. K. Biesalski. *Grundriss der Krüppelfürsorge.* Leipzig. 1926.

„Основы помощи увечным детям“ представляют третье издание книги, вышедшей раньше под названием «Краткое руководство помощи увечным детям». Книга разделена на 8 глав. В первой дается определение понятия увечья, разбираются значение его с социальной точки зрения и моменты борьбы с ним, и приводятся статистические данные о количестве увечных детей; из этих данных видно, что в Германии к 1925 г. было 97,907 увечных детей, в том числе нуждавшихся в помещении в специальные учреждения—около половины; для увечных детей имелось 78 специальных учреждений с общим числом кроватей 10,877. Вторая глава посвящена законоположениям об увечных детях; между прочим в Германии акушерка и врачи обязаны уведомлять о всех случаях врожденных уродств, как равно врачи и учителя обязаны уведомлять о всех случаях врожденной или приобретенной инвалидности у лиц до 18 лет. Третья глава говорит о деятельности врача-ортопеда в области борьбы с различными видами увечности. В четвертой главе разбирается вопрос о важности знакомства с основами ортопедии и популяризации этих сведений в широких массах, об организации амбулаторной помощи, подготовке специального вспомогательного персонала и о профилактике в ортопедии. Пятая глава посвящена вопросам воспитания и обучения увечных детей в семье и школе; работа врача и педагога тесно переплетаются в этой области, психологический момент играет здесь большую роль. В шестой главе идет речь о профессиональном воспитании и о восстановлении трудоспособности; увечным детям доступно до 1500 различных видов занятий и ремесл. Седьмая глава посвящена истории развития и современному состоянию вопроса о помощи увечным. Наконец, в восьмой главе приводится литература вопроса (указан 41 источник).

В конце книги приведена таблица всех учреждений по помощи увечным в Германии и Австрии с указанием числа коек в каждом, их руководителей, состава персонала, характера учреждения и его особенностей. В этом перечне много ценных указаний. В числе руководителей значатся Biesalski, Ludloff, Lange, Baeyer, Drehmann, Schede, Rosenfeld, Loeffler, Spitz, Wittek,