

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,

Valentin, Port, Rey, Elsner, Schlee. Имена эти указывают, в каких верных руках находится дело помощи ученым в Германии.

Книжка иллюстрирована 120 прекрасными рисунками, написана с глубоким знанием и любовью, как все, что выходит из-под пера проф. Biesalski. Она заслуживает внимания не только врача-ортопеда,—здесь найдет для себя много поучительного и интересного всякий врач и педагог. Особый интерес представляет для нас эта книжка еще потому, что вопросы помощи ученым детям у нас едва намечены.

Проф. С. Трегубов.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Физиологическая секция.

Заседание 4/IV.

Д-р М. В. Сергиевский: *К вопросу о торможении секреции слюнных желез.* В задачу докладчика входил детальный разбор условий торможения и установления отношения тормозящих нервов к некоторым фармакологическим веществам. Оказалось, что симпатический нерв при раздражении сильным током вызывает, параллельно с остановкой секреции слюны, полученной раздражением хорды, также изменения в кровообращении железы, а возможно, и в химизме крови. При совместном раздражении sympathici и введении пилокарпина тормозящее действие первого резко ослабляется. Докладчик устанавливает, в противоположность общепринятому мнению, что здесь нельзя говорить о пилокарпином параличе симпатических тормозящих волокон. По С., в данном случае, кроме совместного секреторного стимулирования, существует совместное обоих факторов действие на сосуды железы; но действие это взаимно-противоположно: в то время, как пилокарпин расширяет сосуды (проф. В. М. Соколов), sympathicus их суживает. Поэтому при пилокарпином отравлении нужна большая сила тока и больше времени для выявления действия симпатического нерва. Что в тормозящем эффекте последнего имеется и зависимость от кровообращения в железе, подтверждается еще, во-первых, тем, что торможение начинается, когда ясно заметно изменение цвета крови и ее оттока, во-вторых, совпадением периода последствия симпатического торможения секреции с периодом постепенного восстановления нормального кровообращения. Анализируя тормозящее действие хорды, докладчик отмечает, что почти никогда нельзя получить полной суммации секреторного эффекта от удвоения силы и частоты раздражения. Усиление секреции от последующих раздражений можно получить, применяя лишь минимальные раздражения. Все более и более увеличивая раздражения (после периода отдыха), можно видеть, как секреция мало-по-малу отстает в параллельном росте, уменьшается и, наконец, совершенно останавливается. Особенно рельефно это проявляется при быстрой смене силы (частоты) раздражений. Трудно получить суммацию при совместном применении пилокарпина и хорды. Таким образом здесь имеется полная противоположность действию sympathici. Думается, что в данном случае дело заключается не в активации пилокарпином тормозящих волокон хорды, а в простом перераздражении. После атропина влияние хорды на g. submaxillare выпадает целиком, но можно было-бы допустить, что атропин, парализуя секреторные волокна хорды, не затронет ее тормозящих волокон. Пилокарпин, кураре (в малых дозах), адреналин — вызывают секрецию и после дегенерации нервных окончаний. Таким образом общее в тормозящем действии хорды и sympathici—это зависимость тормоза от силы раздражений. Вывод докладчика таков: явления торможения зависят от самой стимулируемой ткани, в которой торможение и возбуждение могут протекать не только в зависимости от нервного воздействия, но и от сосудистых изменений. Возможно, что клетки железы обладают рецепторами в смысле Langley.

Прив.-доц. А. Д. Гусев: *К вопросу об эритро-гемоглобино-преципитинах* (реферат не доставлен).

Д-р В. О. Бик: *К методике исследования артериальной системы головного мозга* (реферат не доставлен).

Секретарь М. Сергиевский.