

неспецифический. Реф.), 2) введение в опыт «нормальной» сыворотки (и нормальные сыворотки дают иногда самозадержки в контроле. Реф.), 3) большая сложность метода—на каждую испытуемую сыворотку требуется 8 пробирок. Ясколко (Венер. и Дерм., 1927, № 8), сравнив метод Каур'а с современной русской инструкцией, на основании 930 опытов пришел к заключению, что метод этот, представляя большой теоретический интерес, практически невыполним в виду своей громоздкости.

А. Вайнштейн.

з) Дерматология.

448. *Состояние вегетативной нервной системы при экземе.* Luerksen u. Lange (Arch. f. Derm. u. Syph., 1925, Bd. 149, Hft. 3) исследовали фармакодинамическим путем состояние вегетативной нервной системы у 43 экзематозных больных и нашли, что только у 6 (13,9%) она была нормальна. Из 37 больных, у которых были обнаружены расстройства вегетативной иннервации, 4 (9,3%) реагировали, как симпатикотоники, 8 (18,6%)—как ваготоники, у 25 (58,1%) отмечалась смешанная форма (симпатико-ваготония) с преобладанием ваготонических симптомов. Авторы произвели также фармакодинамическое исследование кожи по методу Groër-Neshta у 16 больных с хронической экземой и у 10—с острой, причем полученные результаты ими формулируются следующим образом: при хронической экземе в 30%, при острой—в 40% наблюдается понижение дилататорной реакции, констрикторная же реакция, напротив, почти во всех случаях экземы оказывается повышенной.

Прив.-доц. Н. Яснитский.

449. *Понтофорез для лечения актиномикоза* рекомендуют Bendjet и Schereffeddin (Derm. Woch., 1927, № 22). Авторы получили, в 2 случаях, гораздо лучшие результаты от этого средства, чем от назначения ИК внутрь. Техника лечения проста: положительный электрод, смоченный 5% раствором ИК, прикладывается к пораженному участку, отрицательный—на противоположную поверхность шеи (процесс в обоих случаях локализовался на передней поверхности шеи). Авторы пользовались гальваническим током от 5 МА до 25 МА, сеансы продолжались 1/2 часа и назначались через день. В одном случае полное выздоровление получилось через 25 дней; рецидивов не наблюдалось в течение 2 месяцев.

Н. Яснитский.

450. *Уротропин в дерматологии.* Введенный в терапию в 1894 году Nicolaïeffom уротропин в настоящее время находит себе широкое применение в различных областях практической медицины. Rendjet (Derm. Woch., 1927, № 28) испытал его действие при различных кожных заболеваниях (эритема, крапивница, пурпура, экзема, эритродермия, буллезные и язвенные дерматиты, фолликулы, трихофития, крапивница и strophul. infant.). В преобладающем числе случаев средство это, вводимое внутривенно или внутримышечно в форме 40% раствора, не оказало благотворного влияния на перечисленные кожные болезни. Лишь при чесотке и strophul. inf. было сравнительно быстро получено значительное улучшение, даже выздоровление, причем рецидивы наблюдались не более, как в 20%. Автор обращает внимание на появляющуюся нередко при лечении уротропином гематурию и рекомендует избегать больших доз этого средства.

Н. Яснитский.

Рецензии.

Н. К. Лысенков и Е. И. Синельников. *Анатомо-физиологические основы физической культуры человеческого тела.* Гос. изд. 1927 г. Стр. 189. Ц. 2 руб.

Физическая культура, пустившая в последние годы глубокие корни в нашем Союзе, выдвигает задачу научного обоснования ее методов и приближения знаний по анатомии и физиологии человека к широким массам населения. Выполнить вторую задачу и предназначена небольшая книга, популярно составленная проф. Н. К. Лысенковым и Е. И. Синельниковым. Написанная для инструкторов по физической культуре, книга содержит, кроме краткого введения, девять глав. Некоторые из них, соответственно целям, преследуемым авторами, изложены достаточно полно, другие—слишком сжато.

В I главе излагаются общие данные по анатомии, физиологии и механике двигательного аппарата. Дается самое важное, что необходимо знать читателю, не получившему предварительной подготовки по анатомии и физиологии. Учению о мышцах, как активных органах движения, уделено наибольшее внимание. В этой же главе кратко излагается принцип устройства костных рычагов. Жаль, что авторы поспешили на примеры разных родов рычагов в человеческом теле,—для разбора различных видов покоя и движения эти примеры особенно полезны. Говоря о рычаге второго рода, авторы указывают только на один вид его—рычаг скорости, совершенно не упоминая о другом виде—рычаге силы. Глава II, составленная наиболее подробно, трактует частную анатомию и механику двигательного аппарата. Вначале описывается строение скелета данной области, затем мышцы и движения. Все очень сжато, но достаточно подробно. Глава III, обнимающая статику и динамику человеческого тела, составляет приятное нововведение, так как обычно не только в кратких руководствах, но и в университетском курсе анатомии учение о статике и динамике обходится молчанием. В главе дается краткий разбор равновесия, покоя и движений тела (хождение, бег, прыжок, передвижение на руках, плавание). Следующие 4 главы, посвященные нервной системе, крови и кровообращению, дыханию, пищеварению и питанию, касаются в одинаковой мере как анатомии, так и физиологии человека; без них инструктор по физической культуре не может понять работу живой машины. Наконец, необходимым дополнением к книге являются последние 2 главы, предметами которых служат утомление и антропометрия.

Книга иллюстрирована 122 недурными рисунками. Точный и сжатый язык, научное изложение предмета делают ее весьма полезной для инструкторов по физической культуре. Остается пожелать ей заслуженного распространения. *С. Якобсон.*

Д-р Б. А. Ивановский. *Научно-врачебный контроль над физическим развитием.* Изд-во НКЗ РСФСР. Москва. 1927. 190 стр. Цена 2 руб.

Несмотря на то, что литература по советской физкультуре уже представлена несколькими солидными книжками, посвященными методике и технике врачебного контроля над физкультурниками, мы не можем не приветствовать настоящей брошюры д-ра И. Она, в отличие от других работ, имеет в виду не только или, правильнее сказать, не столько врача или высоко-квалифицированного инструктора, сколько самого рядового физкультурника. С этой точки зрения, пожалуй, было-бы лучше озаглавить книжку попроще, например: «Медицинский контроль над физическим развитием».

Действительно, в идеале всякий физкультурный кружок, всякая физкультурная группа должны быть обеспечены систематическим контролем со стороны врачебного персонала. На самом деле, однако, рамки физкультурного движения переросли эту возможность. Выход отсюда один—изложить в популярной форме простейшие элементы биометрии с тем, чтобы каждый, занимающийся физкультурой, мог грамотно регистрировать основные анатомо-физиологические изменения своего собственного организма со стороны веса, роста, размеров тела, умел-бы обращаться со спирометром, динамометром, сосчитать свой пульс и т. п. Опыт показывает, что такая медицинская «саморегистрация» вполне возможна. В этом отношении брошюра д-ра И. очень хорошо справилась с поставленной задачей, являясь действительно практическим руководством для физкультурников.

Другое дело «самоконтроль». Уменьше учесть совокупность даже элементарных биометрических данных едва-ли, по нашему мнению, доступно рядовому физкультурнику; предоставим это дело всецело врачу. Желательно было-бы, вообще, осторожнее говорить о самоконтроле и еще осторожнее доверяться ему. Впрочем переоценка возможностей «врачебного» самоконтроля физкультурников—грех не одного автора.

Очень ценны в книжке «приложения», предусматривающие все организационные стороны медконтроля, вплоть до сметы на оборудование антропометрического кабинета.

Великолепен внешний вид издания. Может быть, было-бы лучше, если-бы он был попроще: от этого внутреннее достоинство книги не пострадало-бы, зато она была-бы доступнее по цене тощему карману физкультурника. Проф. М. Фридланд.

Журнал «Теория и практика физической культуры». Изд. НКЗ РСФСР. Отв. ред. проф. Н. А. Семашко, зам. его д-р Б. А. Ивановский. 6 книжек, по 80 стр., в год, частью иллюстрирован.

Перед нами первые три номера журнала за 1927 г. Каждый номер состоит из нескольких отделов: оригинальных статей, отчетов о научных съездах по физ-