

делю, пока общая доза введенного препарата не достигнет 4.2—5 грм. Тяжелых побочных явлений при этом не наблюдалось. При лечении висмутом вводится интраглутеально препарат *bismogenol* в количестве 1—1½ куб. с. до общей дозы в 30 куб. с. Особую осторожность следует соблюдать при поражении почек и декомпенсированных заболеваниях сердца и сосудов. Если мать во время беременности лечилась недостаточно, рекомендуется профилактическое лечение новорожденных, которое должно состоять в приеме 3 раза в день вместе с молоком 0.01 *protojodurati hydrargyri* и еженедельных глубоких внутримышечных инъекций 0.1 неосальварсана. Курс лечения должен продолжаться 12 недель. А. Тимофеев.

и) Пользы уха, носа и горла.

145. *О сущности симптома Weber'a.* Для объяснения сущности опыта Weber'a (при заболеваниях звукопроводящего аппарата камертон с темени лучше слышен в больном ухе, а при заболеваниях звуковоспринимающего—в здоровом) предложен многими авторами ряд теорий. По проф. Комендантову заболевания звукопроводящего аппарата преграждают непрерывный доступ в ухо звуков, чем звуковоспринимающему аппарату доставляется „отдых“. При приставлении в этих случаях к темени звучащего камертона более утомленное здоровое ухо слышит этот камертон хуже, т. е. получается латеризация звука в больное ухо. Н. М. Круквер (Вестн. рино-ларинго-отитрии. 1926, № 3) проделал ряд опытов, подтвердивших правильность этой теории: 1) У здоровых людей закладывалось ватой здоровое ухо на несколько часов; после удаления ваты камертон с темени был слышен этим ухом (отдохнувшим). 2) Ухо утомлялось в течение нескольких минут звуком одного камертона; после этого тот же камертон, приставленный к темени, был слышен в неутомленном ухе. 3) Одним камертоном утомлялось в течение нескольких минут одно ухо, другим (с иным числом колебаний)—другое; приставленные к темени, эти камертоны были слышны лучше ухом противоположным утомленному. Б. Лебедевский.

146. *Дифтерия ран в отохирургии.* L. Seifert (Ztschr. f. Hals-Nas- und Ohrh., Bd. 14, H. 4) пытается осветить вопрос о раневой дифтерии с отохирургической точки зрения, находя очень важным в практическом отношении иметь в виду, во-первых, что рана при трепанации сосцевидного отростка через среднее ухо и евстахиеву трубу находится в непосредственной связи с верхними дыхательными путями и зевом, во-вторых,—что наряду со слизистыми оболочками дифтерией нередко поражается и среднее ухо, а также ретроаурикулярные раны. Автор приводит 2 случая раневой дифтерии, где в одном случае ребенок ранее дифтерией не болел, но был, по видимому, бациллоносителем; у него возникла первичная дифтерия среднего уха и затем, после антротомии, дифтерия раны. Во втором случае ребенок перенес ранее дифтерию носа, так что поражение дифтерией среднего уха здесь было вторичным. Заболевание при дифтерии ретроаурикулярных ран может носить или общий характер, с повышением t° и интоксикацией, или местный, ограничиваясь лишь образованием на ране пленок. Диагностику раневой дифтерии автор ставит на основании клинической картины, бактериологического и анатомо-гистологического исследования. В зависимости от характера заболевания применяется или общая терапия, в виде интрамускулярных инъекций антидифтерийной сыворотки, или же локальная терапия—специфическая (посыпают раны сухой антидифтерийной сывороткой), или неспецифическая (обычные антисептические средства). Л. Ильина.

147. *О лечении сепсиса отогенного происхождения хлористым кальцием.* Лихачев (Вест. Р.-л.-о, 1926, № 4—5) приводит два случая излечения сепсиса отогенного происхождения внутривенным вливанием 1½‰—1% хлористого кальция в дозах 200.0. Введением CaCl₂ восполняется недостаток солей, выравнивается солевой обмен, а следовательно усиливается сопротивляемость организма против инфекции. Н. Лопатина.

148. *К учению о хоанальных полипах.* Работами Killian'a и Kubo установлено, что хоанальные полипы имеют своим исходным пунктом, как правило, Highmoghovu полость, в очень редких случаях—задние клетки решетчатой кости и сфеноидальную пазуху. На основании пяти случаев А. Фетисов (Вест. Рино-л.-о., 1926, № 4—5) делает заключение, что хоанальный полип представляет собою воспалительную гипертрофию слизистой пазух, являясь симптомом серозного, реже

гнойного воспаления их. Удаление только полипа всегда дает рецидив.—необходима радикальная операция с удалением слизистой оболочки пораженной пазухи.

В. Лебедевский.

149. *К вопросу о риносклероме.* Проф. Комендантов (Вест. Р.-л.-о., 1926, № 4—5), наблюдая благоприятные результаты после вакцинотерапии риносклеромных больных, находит этот метод лечения наиболее реальным. На местную терапию—светолечение, рентгенотерапию, выскабливание и др.—автор смотрит, как на своего рода аутовакцинацию.

Бобрковский.

150. *К вопросу о ринопластике.* Serseer (Mon. f. Ohrenheilk., LX, H. 6) при полном отсутствии носа производит ринопластику след. образом: сначала он имплантирует под перностр. лба кусок хряща толщиной в указательный палец, взятого из VII ребра, причем хрящ должен быть покрыт перихондрием; через два месяца, когда хрящ приживет, производится уже настоящая пластика, которая состоит из нескольких этапов, причем между каждою парой последних проходит 5—6 дней. Первый этап состоит в том, что вырезывается большой косою лоскут кожи, который имеет ножку около угла глаза; в середине этого лоскута косо лежит трансплантированный хрящ. Второй этап состоит в препаровке кожи с перностром и хрящом от лба. Третий этап—отделение перностра от кожи и окутывание им хряща со всех сторон. Четвертый этап состоит в вырезывании в известном месте хряща клиновидного кусочка и перегибании хряща для получения кончика носа. Наконец, пятый этап состоит в подрезывании и подгибании кожи для крыльев носа. После того, как нос совершенно сформирован, он ставится на свое место путем перегибания ножки на 90° и пришивается к освеженным краям дефекта. Через 14 дней, когда нос крепко прирос, ножка отрезывается, и ею частично закрывается дефект лба, остальная же часть дефекта закрывается по Tirsch'y. Автор присоединяется к мнению Sebilleau, который советует при больших дефектах ампутировать весь нос и на его место переносить пластически построенный нос со лба. При дефектах кончика носа S. из оставшейся перегородки рекомендует создать тонкую, но прочную опору, покрывая ее кожным лоскутом со лба. Если же носовая перегородка уничтожена, то приходится делать опору для кончика носа из трансплантированного хряща. Для создания носовых крыльев автор рекомендует двойной кожный лоскут, причем внутренний пласт берется из кожи носа, а наружный—из щеки; способ этот хорош тем, что при нем операция выполняется в один прием, после нее никогда не наблюдается эктропиона, и получается хороший косметический эффект. При горбатых носах автор советует резецировать с обеих сторон из носа и его перегородки кусочки в виде миртовых листьев и опускать спинку носа, причем последняя не изменяет своей ширины. При седлообразных носах автор в легких случаях рекомендует вырыскивать параффин, в более тяжелых—применять имплантацию хряща через маленький разрез под кончиком носа. Наконец, при риносколиозе в костной части он предлагает производить резекцию клиновидного куска из более широкой стороны носа и ношение протеза в продолжении 6—8 дней для поддержки его в правильном положении.

М. Грудкова-Венецианова.

Рецензии.

Труды IX Съезда Терапевтов СССР. (Москва, 23—28 мая 1926 г.). Госиздат, 1926, 543 стр. Цена 4 р. 50 коп.

Мы, терапевты, так привыкли к тому, что „Труды“ наших съездов обычно выходят в свет через год, что появление этого сборника через 6 месяцев, как раз к Новому Году, явилось действительно приятным новогодним подарком, и этим мы всецело обязаны глубокоуважаемому редактору „Трудов“ Р. М. Обакевичу. Пред нами большой, отлично изданный том, обнимающий собой доклады, микродоклады и прения по программным и другим вопросам, допущенным Редакционным Комитетом на повестку заседаний IX Всесоюзного Терапевтического Съезда. Нужно радоваться, что с каждым годом издание „Трудов“ заметно улучшается во всех отношениях: бумага, печать, диаграммы и рисунки не оставляют желать ничего лучшего,—всюду видна опытная и любящая рука издателя-редактора.

Я не задаюсь целью прореферировать содержание этого обемистого тома—тем более, что на страницах „Каз. Мед. Ж.“ (1926, № 6) своевременно был дан