

смеси рассматривается под микроскопом в Dunkelfeld'e. При отрицательном результате соскабливанию и исследованию подвергаются другие участки вены. Спиротехты обнаруживаются при этом даже и в тех случаях, где исследование добытого материала откладывалось на несколько часов.

В. Груздев.

444. *К диагностическому значению реакции Wassermann'a.* По наблюдениям д-ра Д. П. Ласса (Рус. В. Дерм., 1926, № 6) реакция эта не является специфической для сифилиса и не представляет симптома последнего. Она является, повидимому, характерной не только для lues'a, но и для ряда др. болезненных процессов, напр., проказы, малярии и пр. Может она быть положительной и у совершенно здоровых людей. Во всяком случае незначительные положительные реакции (один плюс и два плюса) являются совершенно недостаточными для диагноза сифилитической инфекции, равно как и отрицательная RW отнюдь не исключает возможности lues'a.

В. С.

445. *К учению о сифилисе легких.* По Ф. М. Абрамовичу (Врач. Дело, 1926, № 12-13) сифилитические поражения легких у взрослых попадаются не так редко, как это обычно принято думать, причем они могут встречаться в двух формах: более редко—в форме гуммозного поражения, чаще—в виде междолевой пневмонии с перибронхитами и периваскулитами. Клиническая картина не представляет ничего характерного, и потому отличить сифилис легких от lue по этой картине нельзя.—диагноз здесь надо ставить на основании анамнеза, наличия сифилитических очагов в др. органах, типичной локализации, отсутствия Косл'овских бактерий в сильно гнойной мокроте, положительной RW и, наконец, рентгеновской картины. Последняя представляет, по автору, достаточно характерных особенностей (при гуммозной форме—интенсивное затемнение круглой формы, изредка с зубчатыми краями, резко ограниченное, при междолевой—исходящие из hilus'a тяжи иногда с группами очажков вокруг них). Окончательно вопрос решается ex juvantibus.

В. Сергеев.

446. *Нейрорецидивы сифилиса.* По М. М. Зархи (Вен. и Дерм., 1926, № 3) в основе нейрорецидивов лежит сифилитическая инфекция, вызывающая рецидив болезни в нервной ткани, причем исходным пунктом нейрорецидивов являются в большинстве случаев пораженные мозговые оболочки, и лишь в очень редких случаях процесс может исходить непосредственно из ткани того или другого нерва. Нейрорецидивы могут наступать и без предшествовавшей сальварсанной терапии, так что считать их причиной сальварсанную интоксикацию не приходится. В большинстве случаев возникновение их можно предупредить энергичным смешанным лечением.

В. С.

447. *Инкубационный период при гоноррее.* М. А. Заиграев и Е. И. Линде (Вен. и Дерм., 1926, № 3) нашли, что продолжительность клинической инкубации при гоноррее может значительно колебаться, доходя в некоторых случаях до 40 дней. Длительность ее зависит от самых разнообразных причин, из коих на первом месте стоят, однако, конституциональные особенности как общего, так и местного характера. Практически не лишено важности наблюдение авторов, что гоноррейный процесс с длительной инкубацией сопровождается обычно глубокой инфильтрацией тканей уретры.

В. С.

448. *Лечение женской гонорреи уротропином.* Е. А. Керопиан (Рус. В. Дерм., 1926, № 6) получил прекрасные результаты от применения в 73 случаях как острой, так и хронической гонорреи женского мочепоолового аппарата внутривенных и подкожных вливаний 30—40% раствора уротропина—одного или в сочетании с гоноккокковой вакциной. Для лечения одним уротропином вводился в вену 30% раствор его в количестве 3 к. с. через каждые 2 дня. При комбинации лечения уротропином и вакцинотерапии в одних случаях параллельно с внутривенными вливаниями уротропина большие получали вакцину (от 100 до 500 ед. на инъекцию) подкожно, в других раствор уротропин вводился в вену в смеси с вакциной; при этом у девочек от 10 до 14 л. для каждого выпрыскивания брались 1,5 куб. с. 40% раствора уротропина с примесью 0,1 вакцины, у взрослых женщин—для каждого выпрыскивания смесь 3—5 куб. с. раствора уротропина плюс 0,2—1,0 вакцины в 100—500 единиц. Такое комбинированное лечение дало автору лучшие результаты, чем лечение одним уротропином, а лечение одним уротропином—лучше, чем лечение одной вакциной.

В. С.