

vol. XVI, № 4) применяли интравенозно 2% раствор хлористого кальция в количестве 25 куб. сит. при гонорройных эпидидимите и артрите. Под влиянием лечения больные с острым эпидидимитом в среднем уже через 6 дней могли приступать к исполнению своих служебных обязанностей, причем в большинстве случаев (17) для этого достаточно было одной инъекции, в меньшинстве (8) требовались 2—3 инъекции. У больных с артритом требовались также 1—2—3 инъекции и в среднем 6 дней лечения для восстановления работоспособности. Авторы считают желательными дальнейшие наблюдения в этом направлении.

Я. Д. Печников.

95. *Хронический кавернит, излеченный диатермией.* Консервативное и хирургическое лечение кавернитов, особенно гонорройных, до настоящего времени являлось весьма трудной задачей. Поэтому представляет интерес следующий случай Corbus'a (The Journal of Urology, 1926, vol. XVI, № 4): больной 56 лет, на 22-м году имел гоноррею, леченную в течение нескольких месяцев; потом—нормальная супружеская жизнь до настоящего момента, когда coitus стал затруднен вследствие искривления penis'a; констатирован инфильтрат кавернозных тел на 4 сант. впереди от корня penis'a; автор применил диатермию с двумя пластинчатыми электродами, охватывавшими место поражения, причем лечение продолжалось 2 месяца; в промежутках между сеансами диатермии 6-ой обкладывал penis мешками с горячей водой; к концу 2-го месяца осталась лишь мало заметная индурация, функция же члена восстановилась вполне.

Я. Д. Печников.

96. *Этиологическое значение расстройств вегетативной иннервации в дерматологии.* В обширной работе, посвященной этому вопросу, Brill (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 150, Hft. 3) подвергает критическому разбору учение о нейропатическом типе экзем. Подробно остановившись на методах фармакодинамического исследования вегетативной нервной системы и указав на зависимость некоторых форм экзем от habitus'a больного, автор приходит к следующим выводам: 1) исследование вегетативной нервной системы в преобладающим числе случаев обнаруживает ее лабильность в смысле ваготонии, которая должна рассматриваться, как вегетативный невроз; 2) изменение тонуса вегет. нерв. сист. находит свое выражение в ряде вазомоторных явлений со стороны сосудов кожи,—явлений, характеризующихся извращением нормальной сосудистой реакции; 3) параллельно с изменением в характере и силе дермографизма происходит изменение чувствительности кожи к ультрафиолетовым лучам, а именно, ослабление дермографизма сопровождается повышением чувствительности к этим лучам; 4) как постоянное явление, при нейропатической экземе наблюдается понижение секреторной деятельности потовых желез; 5) у лиц, страдающих названным типом экземы, нередко обнаруживаются понижение кислотности желудочного сока и склонность к запорам, а также ортостатическая альбуминурия; 6) у этих больных преобладает астенический habitus.

Прив.-доц. Н. Яснитский.

### к) *Нозологии уха, носа и горла.*

97. *Поражение лицевого нерва при остром воспалении среднего уха.* Обыкновенно развитие паралича n. facialis при остром отите рассматривается, как показание к операции. Manasse (Deut. m. Woch., 1926, № 13) держится противоположного мнения и в доказательство приводит 2 случая этого осложнения, где паралич лицевого нерва прошел при консервативном лечении.

P.

98. *К терапии насморка.* Помимо обонятельной и дыхательной функции носу присуща еще функция секреторная. Всегда существующее выделение серозной и слизистой жидкостей в носу усиливается от разнообразных причин, подчас не имеющих никакого отношения к носу, но вызывающих в организме различные изменения, возбуждающие один и тот же центр, который посылает вазомоторный разряд, обуславливающий насморк. Следовательно, насморк есть процесс не местного, а центрального происхождения. Он, как проявление секреторной функции носа, предназначен для борьбы организма с различными заболеваниями и, в сущности, не представляет из себя болезнь, а только способ защиты организма посредством вазомоторного рефлекса. С точки зрения секреторной функции носа понятно наличие придаточных пазух. При подобном освещении вопроса надо допустить возможность поддержки имеющегося насморка или искусственного вызывания его с целями терапевтическими, что Ф. Н. Поляков (Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1926, № 9—10) успешно и делал при заболеваниях гортани и уха. Конечно, насморк, как результат хирургических заболеваний носа, должен быть лечим соответствующими оперативными вмешательствами.

Б. Лебедевский.