

филис, повидимому, не играет никакой роли в этиологии приобретенной бронхоэктазии. 4) Роль тбс в этиологии расширения бронхов не выяснена. 5) Рентген мало облегчает раннюю диагностику этого заболевания: из 12 случаев в 5, при просвечивании, расширения бронхов обнаружено не было. 6) Действительного средства для лечения бронхоэктазий в настоящее время не имеется; главное внимание при этом заболевании следует обращать на улучшение условий жизни больных в санитарно-гигиеническом отношении. 7) Улучшение при бронхоэктазиях наблюдалось в 47,5%, без улучшения остались 22,5% больных, exitus наблюдался в 30%; случаев полного выздоровления не наблюдалось.

Левинсон.

### 3) Сифилидология.

140. *К лечению сифилиса.* На основании патолого-анатомического материала, охватывающего 23,015 вскрытий, произведенных с 1906 до 1925 г., Langer (Münch. med. W., 1926, № 43) находит, что за это время заболеваемость сифилитическим аортитом возрасла почти втрое! Факт этот заставляет автора прийти к заключению, что в наших современных стремлениях возможно повысить интенсивность противосифилитического лечения мы стоим на неверном пути. Правда, гумmockные поражения при употреблении сальварсана и т. п. уменьшились, но процент параличей, сухотки и аортитов значительно возрос.

P.

141. *Признаки врожденного сифилиса во время родов изучали* Commandeur и Rhenner (Berich. über d. ges. Gyn., Bd. XI, H. 1/2) и пришли к заключению, что они могут быть обнаружены лишь у сравнительно-небольшого количества сифилитических детей. Вес плаценты в качестве признака, указывающего на сифилис, может иметь значение только в том случае, если он по отношению к весу плода дает пропорцию не менее, как 1:5. Клинически явления редки. Необходимо подвергать аутопсии всех мертворожденных детей.

142. *Лечение врожденного сифилиса по Müller'y* (Врач. Об., 1926, № 7). Каждый курс лечения длится 12 недель и состоит из 4 периодов, в каждом по 3 недели, во время которых больной получает 3 внутримышечных впрыскивания каломеля и 3 внутривенных впрыскивания неосальварсана. Доза каломеля—0,001 на кило веса ребенка, доза неосальварсана на 1-м году жизни—0,03, на 3—4-м году—0,02 на кило, причем она постепенно понижается до 0,01. После 12-недельного лечения следует пауза в 1/4 года. Если p. Wasserman'a отрицательна, то, для большей уверенности в результатах, проделывают 2 курса лечения, затем следует пауза в 1/4 года, и в заключение проделывается провокационное впрыскивание неосальварсана, причем, если до и после этого впрыскивания исследование по Wasserman'y дает отрицательный результат, то лечение считается законченным. В 90% всех случаев RW дает отрицательный результат уже до 2-го курса лечения, и в таком случае все лечение продолжается 1 1/2 года. Не более, как в 10% случ. p. Wasserman'a оказывается положительной; в таких случаях лечение обнимает еще 4 курса, которых обычно бывает вполне достаточно, чтобы RW осталась отрицательной на долгое время.

В. Редлих.

143. *К симптоматологии и патогенезу поражений внутреннего уха при lues hereditaria tarda.* С. К. Бернштейн (Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1926, № 9—10) описал 2 случая поражения внутреннего уха с сифилитической этиологией, значительным понижением слуха, отсутствием роторатного, спонтанного и калорического нистагмов и наличием фистульного. Терапия в обоих случаях была безрезультатна. Причину нистагма автор ищет в остеоитических изменениях, сифилитической этиологии, овального окна и стремени и внутрилабораторных поражениях нервных элементов. По его заключению при наследственном сифилисе встречается особая форма поражения органа слуха, характеризующаяся: 1) быстрым, глубоким, диффузным, двусторонним и окончательным поражением функций внутреннего уха, без повреждения среднего уха; 2) отсутствием всяких симптомов невроменингита; 3) присутствием ей симптомом фистулы без фистулы, указывающим на локализацию поражения во внутреннем ухе.

Матвеев.

144. *Антисифилитическое лечение беременных* Klaf ten (Arch. f. Gyn., Bd. 128, H. 1/2) советует начинать возможно раньше и проводить возможно энергичнее, причем рекомендует комбинированное лечение ртутью и сальварсаном, или висмутом и сальварсаном. При лечении неосальварсаном начинают с дозы 0,15, которую затем повышают до 0,3, и вводят такое количество два раза в не-

делу, пока общая доза введенного препарата не достигнет 4.2—5 грм. Тяжелых побочных явлений при этом не наблюдалось. При лечении висмутом вводится интраглугеально 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. П. М. Крукоев (Вестн. рино-ларинго-отитрии, 1926, № 3) проделал ряд опытов, подтвердивших правильность этой теории: 1) У здоровых людей закладывалась 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., Vd. 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  $t^{\circ}$  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 интрамукулярных 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  $\text{CaCl}_2$  восполняется недостаток солей, выравнивается солевой обмен, а следовательно усиливается сопротивляемость организма против инфекции. *Н. Лопатина.*

148. *К учению о хоанальных полипах.* Работами Killiana и Kubo установлено, что хоанальные полипы имеют своим исходным пунктом, как правило, Highogovu 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