

поверхностных капилляров и мелких поверхностных артерий, а также опасность взрыва. В Вюрцбургской Акушерской клинике нарцилен был применен при 200 самостоятельных родах, 57 больших и 54 малых акушерских операциях. По данным этой клиники нарцилен не причиняет никакого вреда ни матери, ни ребенку и не нарушает родовой деятельности; наоборот, от применения малых доз его наблюдается ясное усиление последней. В периоде раскрытия небольшие дозы нарцилена значительно усиливают обезболивающее действие скополамин-морфия, в конце родового акта можно получить полное обезболивание. Техника применения нарциленового наркоза очень проста и доступна. При том способе этого наркоза, который применяется в Вюрцбургской клинике, сознание роженицы большую часть родов сохраняется. Действие нарцилена наступает быстро и быстро же проходит, побочные влияния этого средства очень незначительны. *Е. Заболотская.*

е) Невропатология.

339. О лечении нервных заболеваний на *Ессентукском курорте*. Нервные больные, по Е. Нильсену (Кур. Дело, 1925, № 11—12), составляют значительный %, всего числа больных, посещающих Ессентукский курорт, причем преобладающий контингент их состоит из неврастеников, лечение которых дает хорошие результаты. Органо-неврозы желудка и кишок и вообще неврозы автономной нервной системы лечатся здесь также успешно и, следовательно, служат показанием для направления больных в Ессентуки. Напротив, вазомоторные неврозы, трофоневрозы, психастения, тяжелые формы истерии и травматических поражений противопоказуют лечение в Ессентуках. Что касается органических поражений центральной нервной системы, то по существу лечение таковых в Ессентуках также не показано, хотя грязелечение, в виде местных припарок, в иных случаях допустимо при условии большой осторожности и непосредственного врачебного наблюдения. Вопрос о лечении в Ессентуках больных с нарушением внутренней секреции еще далеко не решен и нуждается в дальнейшей научной разработке. *Л. Клячкин.*

340. *Люминал при эпилепсии*. Из 30 случаев эпилепсии Ostmann (Deut. Woch., 1925, № 15) в 28 получил очень хорошие результаты от применения люминала в дозе 0,2—0,3 pro die. *В. Сергеев.*

341. *Лечение эпилепсии мозговой эмульсией*. В. А. Милицын (Рус. Мин., 1926, март) за 2½ г. применил лечение подкожными впрыскиваниями эмульсии из головного мозга у 69 эпилептиков, среди которых мушци было 44, женщины 25. Эмульсия впрыскивалась ежедневно в количестве 1 куб. сант. в течение месяца, затем больному давался месячный отдых, после чего начинался новый курс. При этом оказалось, что впрыскивания эмульсии для эпилептиков совершенно безопасны, — в материале автора были больные, проделавшие без всяких осложнений до 9 курсов. Что касается эффекта лечения, то в 100% оно сопровождалось улучшением общего состояния, сна, аппетита, самочувствия больных и пр. в 92,7% наблюдалось уменьшение числа и силы припадков, в 26% больные получили возможность предчувствовать появление припадков, в 10,1% у них появилась возможность усилием воли подавлять надвигающийся припадок, и в 38,8% под влиянием лечения у больных имели место свободные от припадков периоды от 1 мес. до 1½ лет продолжительностью. *В. Г.*

ж) Сифилидология.

342. *Стоварсол при сифилисе*. Применив стоварсол (спироцид) более, чем в 200 случаях сифилиса различных стадий, Orpenheim (Wien. kl. Woch., 1926, № 22) убедился, что это средство заслуживает применения во всех тех случаях, где почему-либо нельзя употреблять неосальварсана, причем его действие даже при внутреннем применении стоит лишь немного ниже действия последнего. Помимо лечебного применения стоварсол может быть употребляем и как прогнупластисм в случаях подозрительных по сифилису, причем случаи эти должны находиться под контролем minimum втечении года. Особенно рекомендуется применение этого средства при сифилисе грудных детей, — здесь на стоварсол можно смотреть, как на specificum первого ранга. *В. Сергеев.*

343. *Перманентное лечение сифилиса взамен хронически-перемежающегося*, на основании 8-летнего опыта, предлагает Almkvist (Рус. Вест.

Дерм., 1926, № 4). Останавливаясь вкратце на основных принципах хронически-перемежающегося лечения, предложенного Fournier и получившего в настоящее время повсеместное распространение, автор отмечает, что с введением в терапию сифилиса салварсана и его дериватов представляется возможным осуществить принцип непрерывного или перманентного лечения, провозглашенный еще Ricord'ом. План этого лечения конструируется таким образом, что по окончании первого салварсанного курса назначается непосредственно ртутный, затем снова салварсанный и т. д. Такое чередование средств с одной стороны исключает привыкание организма к определенному препарату и возможность интоксикации при длительном его применении, с другой—производит непрерывное и неустанное ослабление сифилитического вируса. Практически непрерывное лечение Almkvist рекомендует проводить по одной из следующих схем: 1) abortивное лечение в течение $3\frac{1}{2}$ мес. для серонегативного первичного сифилиса тремя курсами: салварсанный (10 вливаний в дозах от 0,3 до 0,9)— $1\frac{1}{2}$ мес., висмутый (10 впрыскиваний)—1 мес. и ртутный (10 впрыскиван. салициловой ртути)—1 мес.; 2) для случаев свежего сифилиса с +RW (где она появилась недавно) лечение в течение 6 или 7 месяцев: 2 салварсанных, 2 висмутовых и 2 ртутных курса в той же последовательности; 3) свежий сифилис с +RW, существующий 1—2 месяца, требует более продолжительного лечения—около 9 месяцев: 3 салварсанных, 3 висмутовых и 3 ртутных курса в той же последовательности; наконец, 4) в случаях сифилиса, где +RW держится 3 и более месяцев, назначается лечение в течение 12—14 мес.: 4 салварсанных, 4 висмутовых и 4 ртутных курса в той же последовательности. Залогом успешности лечения автор считает непрерывность курсов. По его наблюдениям перманентное лечение переносится больными так же хорошо, как и хронически-перемежающееся. Несмотря на то, что курсы следуют друг за другом без паузы, интоксикации не наступает, необходимо только считаться с индивидуальной выносливостью больного к данному средству и соответственно регулировать дозировку.

Пр.-доц. Н. Яснитский.

з) Болезни носа, горла и уха.

344. *Эпилепсия и заболевания носа.* Проф. В. К. Трутнев (Вест. рино-ларинго-отитрии, 1925, № 1) на основании ряда наблюдений отмечает зависимость эпилепсии, в некоторых случаях, от патологического состояния носа и ушей, причем дает следующее теоретическое обоснование этой зависимости: 1) нос и уши, как известно, интимно связаны с содержимым черепа путем кровеносной системы; 2) есть указания, что сообщение между черепом и носом возможно и по лимфатической системе; 3) анатомические отношения позволяют процессам из полости среднего и внутреннего уха переходить внутрь черепа через верхнюю стенку барабанной полости, f. f. oval. et rotund. и meatus acusticus int.; 4) кроме непосредственной связи возможно изменение мозга токсического происхождения. Т. о. автор допускает возможность возникновения припадков эпилепсии путем инфицирования или проникновения токсических начал в полость черепа. Другое объяснение эпилепсии, в зависимости от нарушения функций носа и придаточных полостей, автор видит в нарушении или отсутствии носового дыхания, следствием чего является венозная гиперемия и раздражение моторных клеток коры мозга.

О. Васильева.

345. *Об отосклерозе.* Проф. Л. Е. Комендантов (Вест. рино-ларинго-отитрии, 1926, № 2) предлагает выкинуть из 'клинического обихода термин «отосклероз», так как он со стороны патолого-анатомической не определяет сущности процесса и, кроме того, является вредным в терапии тугоухости слуха и субъективных шумов: смешивая в одном заболевании поражение звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов, он затемняет понимание наблюдаемых симптомов, которые могут зависеть от разных причин. При лечении тугоухости слуха и субъективных шумов необходимо учитывать следующие моменты: 1) поражение звукопроводящего аппарата и расстройств аккомодации, 2) поражение звуковоспринимающего аппарата и изменение лабиринтного давления, 3) утомляемость слухового нерва, 4) хроническое воспаление верхних дыхательных путей и 5) профессиональные вредности. Каждый из указанных моментов требует специальной терапии и профилактики. Особенно необходима выработка мер профилактического характера для лиц с послерахитической конституцией.

С. Я.

346. *Мастоидит.* Проф. Witmaak (Вест. рино-ларинго-отитрии, 1925, № 1) среди поражений пневматической системы сосцевидного отростка резко раз-