

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 расстройство 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-