

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 сальварсана 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 сальварсанного курса назначается непосредственно ртутный, затем снова сальварсанный 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 3½ мес. для серонегативного первичного сифилиса тремя курсами: сальварсанный (10 вливаний в дозах от 0,3 до 0,9)—1½ мес., висмутый (10 впрыскиваний)—1 мес. и ртутный (10 впрыскиван. калициловой ртути)—1 мес.; 2) для случаев свежего сифилиса с +RW (где она появилась недавно) лечение в течение 6 или 7 месяцев: 2 сальварсанных, 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 сальварсанных, 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 сальварсанных, 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.

3) Болезни носа, горла и уха.

344. *Этиология 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 сообщения 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-анатомического 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) угнетимость 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-

личает 2 формы: в одной имеет место распространение воспалительного процесса из полости среднего уха на клетки сосцевидного отростка, ограничивающиеся вовлечением в процесс лишь поверхностных слоев слизистой, в другой, встречающейся гораздо чаще,—распространение воспалительного процесса со среднего уха вглубь слизистой оболочки клеток сосцевидного отростка с распадом ее внутри отдельных клеток, следствием чего появляются очаги размягчения и в костной основе. Такое разграничение воспаления слизистой пневматических клеток от кахриозных процессов в кости автор считает вопросом огромного практического значения в смысле выбора лечебных приемов, т. к. первая форма относится к самоизлечивающимся процессам в $\frac{2}{3}$ всех случаев обычного острого воспаления среднего уха, вторая же требует неперемennого оперативного вмешательства,—это автор и присваивает название мастоидита. Диагноз этих заболеваний, столь различных по своей анатомо-патологической основе и столь похожих друг на друга по своим первоначальным симптомам, основывается на тщательном наблюдении за течением болезни с самого начала: в случаях первой категории имеется нарастание симптомов в течение первых 3—5 дней, с прорывом же гноя через барабанную перепонку припадки пропадают и в дальнейшем не возобновляются; противоположное мы видим при мастоидите, где угасшие, было, симптомы вновь проявляются, хотя и в меньшей степени, не раньше, как через 8 дней от начала заболевания; в некоторых случаях до появления этих симптомов проходит много недель. На основании этих клинических данных можно бывает установить переход воспалительного процесса со слизистой оболочки на кость и начало распада костных клеток, т. е. установить мастоидит в собственном смысле этого слова, причем только с этим диагнозом связано показание к вскрытию полостей сосцевидного отростка. При таком понимании мастоидита оперативное вмешательство оказывается необходимым не ранее конца второй недели с начала заболевания, операция же, произведенная ранее этого срока, по мнению автора, в $\frac{2}{3}$ случаев окажется по меньшей мере бесполезной, а попытка остановить этим ранние внутричерепные осложнения едва ли будет целесообразной, т. к. в это время невозможно выделить инфекционный очаг из здоровой ткани.

О. А. Васильева

и) Др. дисциплины.

347. *Исследование семени при гоноррее.* На диагностическое значение исследования семени при гоноррее впервые обратили внимание французские урологи, причем Lebreton этим путем мог констатировать наличие гонококков в 75%, Garbeillon—в 72%, Le Fig—в 36%. Д. М. Лейбфрейд (Урология, 1925, № 9), производя посевы спермы на асцит-агар, получил гонококков у 24% лиц, имевших в прошлом гоноррею.

В. Сергеев.

348. *Реакция Манойлова.* Р. И. Лившиц (Журн. для усов. врачей, 1926, № 1) проделал ряд исследований с целью выяснить химико-биологическое значение реакции, предложенной Манойловым для определения пола по крови. Автор брал 0,3 к. сант. крови из локтевой вены, вливал в пробирку с 10 куб. сант. физиологического раствора, из этой 3% взвеси брал 3 куб. сант. и прибавлял к ним след. реактивы: 1) 10 кап. 1% раствора палаятина (раствор должен быть свежеприготовлен и профильтрован; после прибавления его жидкость надо размешать, не встряхивая пробирки); 2) 3 капли 1% спиртового раствора далии (после прибавления этого реактива пробирку надо встряхнуть); 3) 10 кап. 1% свежеприготовленного раствора калий гиперманганис; 4) 3 кап. 40% (по объему) соляной кислоты; 5) 5 кап. 2% раствора тиозинамина в горячей дистиллированной воде (после процедур №№ 3, 4 и 5 пробирку со смесью надо также каждый раз встряхивать). В типичных случаях мужская кровь давала обесцвечивание жидкости, женская—жидкость темно-фиолетового цвета. При своих исследованиях автор убедился, что реакция Манойлова является ценным практическим подспорьем в клинике, причем химизм ее, по видимому, основан на различной концентрации Н-ионов в мужской и женской крови и их взаимодействии с электролитами калия и кальция.—В. И. Попов (там же), экспериментально проверив реакцию Манойлова, также убедился в ее практической пригодности, причем считает ее связанною с наличием в крови полового гормона.

В. Сергеев.

349. *Консервы, витамины и народное здоровье.* S e r g e r (Pharm. Cent., 67, 65), разбирая вопрос о влиянии различной обработки пищевых продуктов, в частности их консервирования, на содержание в них витаминов, указывает, что