

18) *Связь ретикуло-эндотелиальной системы с патологией глаза.* Redolob et Nordmann (La Clinique Ophthalmologique, 1928) указывают на большую роль, которую играет ретикуло-эндотелиальная система в физиологии и патологии. Они особенно подчеркивают, что при амавротической идиотии окулисты не должны ограничиваться исследованием только глаз, а должны обращать свое внимание на метаболизм липоидов и на ретикуло-эндотелиальную систему. Г.

г) Ото-рино-ларингология.

19) *К этиологии и терапии перитонзиллярного абсцесса.* J. Gognu (Zeitschrift für Hals-Nasen-und Ohrenheilkunde, 1929. В. 23, Н. 2), описывает тяжелый случай перитонзиллярного абсцесса. Из анамнеза видно, что больная 3 недели перед появлением абсцесса, во время обыкновенной чистки зубов, почувствовала, что щетинка из зубной щетки застряла в левом миндаляке. Больная все время чувствовала боль при глотании и в левом ухе. В последнее время боль резко усилилась. При исследовании оказалось, помимо перитонзиллярного абсцесса, маленькое желтое пятнышко на левом миндаляке на $1\frac{1}{2}$ см. от передней дужки. Инородное тело не обнаружено. Вскрытие абсцесса и обыкновенное лечение не принесли облегчения. Тогда автор обратил внимание на имеющееся желтое пятнышко на миндаляке. После ощупывания пинцетом, автору удалось вытащить оттуда 9-миллиметровую белую щетинку. При зондировании канала нельзя обнаружить связи, с абсцессом. После удаления щетинки наступило быстрое излечение. На основании своего случая и такого же случая проф. Seifert'a автор советует обратить внимание на возможность пребывания инородного тела в миндаляках при перитонзиллярных абсцессах.

Б. Голанд.

20) К. Menzel (Zeitschrift für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde 1929, В. 22, Н. 4) подробно останавливается на методе *лечения абсцессов хрящевой части носовой перегородки*, основываясь на полном излечении своих пяти случаев. После смазывания слизистой оболочки носа раствором кокаина с адреналином авт. делает разрез длиной в $1\frac{1}{2}$ —2 см. через всю толщу слизистой оболочки перегородки справа, параллельно septum mobile, вблизи носового хода. После истечения гноя вводит носовое зеркало в образовавшееся отверстие, удаляет все патологическое острой ложкой и щипцами, после чего тампонирует туго обе носовые полости. Тампоны остаются 2 или 3 дня. После удаления тампонов больной здоров.

Б. Голанд.

21) *Лечение проветриванием мозговых абсцессов, освободившихся от гноя.* O. M u s k (Zeitschrift für Hals—Nasen—und Ohrenheilkunde 1929, В. 22, Н. 4). считает, что при абсцессах мозга лечение должно вестись по следующим принципам: 1) основательная очистка полости абсцесса, 2) сидячее положение больного, 3) проветривание полости абсцесса посредством продырявленной алюминиевой пластинки вместо обычной повязки и 4) ежедневная дыхательная гимнастика (глубокие вздохи, 7 раз). В доказательство автор приводит историю болезни одной больной, которая после скарлатины заболела острым левосторонним мастоидитом с экстрадуральным абсцессом. После операции выяснилось, что у этой больной имеется абсцесс височной доли слева. Полость абсцесса величиной в куриное яйцо (7:3,5 см.) содержала 30 см³ гноя. Больная находилась 8 суток в сидячем положении, в полость абсцесса была вставлена стеклянная трубка в 1,5 см. ширины, операционная рана была закрыта алюминиевой пластинкой с многочисленными отверстиями, прикрепленная повязкой Köhner'a. Ежедневно больная проделывала 7 глубоких вздохов и задерживала на несколько секунд дыхание. При последней манипуляции заметно было максимальное расширение полости. Через 8 суток полость не видна даже при глубоких вздохах, и через 42 дня больная выписалась совершенно здоровой. Больная прослежена 5 месяцев. Автор приписывает успех вышеуказанной терапии и горячо рекомендует такой метод лечения при абсцессах мозга.

Б. Голанд.

д) Педиатрия.

22) *Туберкулиновые реакции у детей типами tbc бациллы: Avian, Humanus и Bovinus.* Палочка птичьего туберкулеза, как известно, морфологически ничем не отличается от туберкулезной бациллы типа Humanus и Bovinus, бактериологически же дает целый ряд отличий. Она почти апатогенна для морских свинок, у кроликов же, цыплят и других птиц инъекции этой бациллы ведут к быстрой кахексии. Литература последних лет показывает, что у человека туберкулез тоже довольно часто вызывается палочкой птичьего туберкулеза. Во всех

описанных случаях птичьего tbc у человека p. Pirquet'a с типами Humanus и Bovinus—отрицательная, с типом Avian—положительная. Gas sul (Archiv. of Pediatrics, vol. XLVI, № 2, 1929) произвел p. Pirquet'a у 52 детей, страдающих туберкулезом легких и бровхвальных желез, вызванным бац. типа Humanus и Bovinus с туберкулезом типа Avian, Humanus и Bovinus. Во всех 52 случаях реакция с типами Humanus и Bovinus оказалась положительной, с типом Avian—отрицательной. Автор считает целесообразным во всех случаях, где имеется подозрение по клиническому течению заболевания на tbc, а p. Pirquet'a с туберкулином типа Humanus и Bovinus отрицательная, производить таковую и с туберкулином типа Avian.

Лу́кьяничкова.

23) *Естественный иммунитет к скарлатинозной инфекции у японцев и китайцев, живущих в южной Манчжурии.* Наблюдениями 1921—25 г. установлено, что заболеваемость скарлатиной среди китайцев, живущих в южной Манчжурии, значительно ниже, чем среди живущих там же японцев. У японцев—2,56%; у китайцев—0,02%. Для выяснения причин этого явления Ando Nishimura и Ozaki (Journal of Immunology, vol. XVII, № 5, 1929 г.) произвели среди китайцев (431 человек) и японцев (2081 человек) Южной Манчжурии p. Dick'a. Оказалось, что % положительных реакций среди китайского населения в возрасте от 1 г. до 50 лет значительно ниже, чем среди японского населения того же возраста: 17,9% положительных реакций у китайцев и 36,5%—у японцев. Если считать за положительную только резко выраженную реакцию, то у китайцев—2,10%; у японцев—13,8%. Учитывая то обстоятельство, что для обследования брались население, живущее в одинаковых условиях, автор приходит к заключению, что разница в иммунитете к скарлатине зависит от расовых особенностей.

Лу́кьяничкова.

24) *Стафилококковый менингит.* Lamb (Archiv. of Pediatrics, vol. XLV, № 5, 1928 г.) описывает случай стафилококкового менингита у ребенка 8-месячного возраста, окончившийся выздоровлением после однократного применения в боковой желудочек мозга 7 к. см. 0,1% gentianviolet.

Лу́кьяничкова.

25) *Пневмококковый менингит.* Пневмококковый менингит, согласно литературным данным, в прежнее время давал 100% смертности. За последние годы описаны отдельные случаи выздоровления, главным образом у взрослых людей и у детей старшего возраста, при лечении противопневмококковой сывороткой, аутовакциной и оптохином. Uhr (Archiv. of Pediatrics, vol. XLVI, № 2, 1929 г.) описывает случай выздоровления от пневмококкового менингита у ребенка первого месяца при применении только одних люмбальных пункций.

Лу́кьяничкова.

26) *Сердечные заболевания у детей.* Prof. Franz Hamburger (Münch. med. Wschr., №№ 13 и 14, 1929) разделяет сердечные заболевания у детей по их тяжести на случаи с тяжелым нарушением компенсации, со средним, легким нарушением и, наконец, без нарушения компенсации. У нервных субъектов автор считает совершенно непоказательным учащение пульса после функциональной пробы, равно как и затруднение дыхания может быть также непоказательным, если больной знает, что врач определяет наличие одышки. Самым важным методом определения тяжести заболевания автор считает функциональную пробу (как при врожденных, так и приобретенных заболеваниях). Если ребенок тотчас после рождения или спустя несколько недель при плаче или кашле становится цианотичным, то с наивысшей вероятностью можно ставить диагноз врожденного порока сердца, если даже мы не выслушиваем никаких шумов. Верным признаком врожденного порока являются не часто встречающиеся „барабанные“ шумы. Необходимо знать, что в таких случаях сила шума не может являться критерием работоспособности: при сильном шуме сердца может быть полная его работоспособность и при незначительном шуме полнейшая потеря работоспособности. Разделяя приобретенные заболевания сердца на острые и хронические, автор останавливает внимание на том, что хорей и острый суставной ревматизм чаще дают поражения клапанов, а скарлатина, воспаление легких и тиф-поражения мышцы сердца. Перикардиты распознаются гл. обр. по шуму трения перикарда, причём исчезновение этого шума часто говорит не за исчезновение перикардита, а, наоборот, за скопление экссудата. В отношении прогноза автор отмечает, что острые эндокардиты (за исключением летально кончающихся endocarditis lenta) б. ч. ведут к выздоровлению, но с образованием порока сердца. При пороках клапанов автор затрудняется дать конкретный прогноз, так как последний зависит от степени нарушения компенсации. Сердечная слабость при дифтерии, дизентерии, гриппе,