

образованиями. Ниже в брюшной складке находились яички с придатками. В Douglas'e с обеих сторон обнаружен Plexus papiniiformis.

И. Цимхес.

89) *Редкое последствие после подкожного повреждения* описывает F. Schmidt (Zentr. f. Chir., 1930, № 29). 22-летняя б-ная обратилась по поводу опухоли большого пальца левой ноги, существовавшей у нее годами. Эта опухоль причиняла боли при ходьбе, особенно в обуви. Произведенная операция обнаружила в подкожной ткани, величиною почти с голубиное яйцо, сращенную с окружающими тканями, чернубурого цвета опухоль. Последняя располагалась возле сухожилия hallux'a, но из него не исходила. Опухоль и вена и arcus venosus digitalis pedis переходили одна в другую, и после перевязки вены опухоль была удалена. Патологоанатомич. и клиническое исследования показали, что опухоль произошла из гематомы после травмы в детстве.

И. Цимхес.

в) Ото-рино-ларингология.

90) Forschner (M. med. Woch., 1929, № 48) описывает *контрактуру челюстного сустава, образовавшуюся во время тяжелой формы ангины и присоединившегося перитонзиллярного абсцесса*. Несмотря на то, что все явления основного заболевания прошли и больная чувствовала себя хорошо, контрактура челюстного сустава осталась и не поддавалась никакому обыкновенному лечению. Рот мог раскрываться только на $\frac{1}{4}$ см. Больная из-за этой контрактуры не могла удовлетворительно питаться. Только через 4 недели автор предпринял эфирный наркоз, во время которого рот был очень легко раскрыт. После наркоза больная свободно раскрывала и закрывала рот. Появившийся через 3 дня рецидив быстро прошел после психо-терапии. Автор считает эту контрактуру истерической.

Б. Голанд.

91) Kindler (D. med. Woch. 1929, № 18, S. 741) после подробного разбора литературы по вопросу о *хирургическом и консервативном лечении ранений пищевода* рекомендует следующий метод лечения. После эзофагоскопического удаления инородных тел пищевода автор применял терапевтическое промывание пищевода дезинфицирующей жидкостью (марганцево-кислого калия) для удаления остатков пищи и уменьшения количества микроорганизмов. Для уменьшения опасности получить новую инфекцию посредством пищи автор считает необходимым кормить таких больных экстраэзофагеально посредством питательных клизм, внутривенных впрыскиваний виноградного сахара и др. Для уменьшения чувства жажды рекомендуется чай без сахара. При подозрении воспаления средостения автор рекомендует косое положение по методу v. Hascker'a и Mikulicz'a.

Б. Голанд.

92) *Случай полного заставания слюны*. Haltrich (M. med. Woch. 1929, № 48) имел возможность наблюдать больную, которая с 42-летнего возраста потеряла возможность выделять слюну. Больная вынуждена была при длительных разговорах и при глотании твердых веществ промочить рот жидкостью. Полное обследование внутренних органов, нервной системы и др. не дали объяснения этому явлению. Автор предполагает, что в данном случае мы имеем дело с дегенеративным процессом в слюнном центре, находящимся в продолговатом мозгу. Вопрос, чем объясняется данный дегенеративный процесс, автор оставляет открытым.

Б. Голанд.

93) W. Joel (D. med. Woch. 1929, № 51) на основании многочисленных вскрытий погибших вследствие пиэмии после ангины и на основании экспериментальных работ приходит к выводу, что *пиэмия после ангины* исходит от тонзилл или окружающих тонзиллы тканей в виде флегмоны и вторично втягивает в процесс соответствующие вены; вторичное образование тромбов с последующей пиэмией исходит из перифлебитического процесса. Тромбоз маленьких вен перитонзиллярной ткани, по мнению автора, в противовес Frankel'ю играет очень незначительную роль в пиэмиях после ангины.

Б. Голанд.

94) *Дисфагин*, по мнению Rosenbaum'a (D. med. Woch. 1929, № 5), является хорошим болеутоляющим средством *при заболеваниях глотки и гортани*. Благодаря своему приятному вкусу и полному отсутствию ядовитости является незаменимым болеутоляющим средством. Главные составные части дисфагина суть: Tutosain, Anästhesin aa 0,1, Menthol 0,005. Автор применял дисфагин у людей, трудно подающихся задней риноскопии и ларингоскопии. Ангины, острые ларингиты скорее проходят при употреблении, кроме обыкновенного лечения, дисфагина. Дисфагин является прекрасным средством при туберкулезе гортани: боли

при глотании быстро проходят. Дисфагин удаляет боли при карциномах языка, миндаликов и гортани и также при воспалительных процессах рта. Автор особенно рекомендует употребление дисфагина после тонзиллоэктомии: послеоперационные боли проходят гораздо раньше. Автор также считает, что дисфагин имеет некоторое удовлетворительное действие при заболеваниях носа и придаточных полостей носа. Автор назначал дисфагин больным по $\frac{1}{2}$ —1 таблетке 3—6 раз в день. Явлений отравления ни разу не замечалось.

Б. Голанд.

95) *К вопросу о мукозном отите.* Д-р Vogel (Z. f. Hals-Nasen und Ohrenheilkunde. 1929. В. 22. Н. 4. S. 357) исследовал 288 больных, оперировавшихся в клинике проф. E l k e n'a по поводу острых хронических заболеваний ушей. На основании бактериологического исследования V. выделяет 52 случая (18,2%) mucosus-otitis, которые разбирает более подробно и приходит к следующим выводам. Возбудитель мукозного отита-мастоидита, Streptococcus mucosus, идентичен с Pneumococcus III, почему автор советует назвать возбудителя мукозного отита Pneumococcus mucosus. Вирулентность возбудителя мукозного отита очень сильна для мышей, но не находится в зависимости от вирулентности возбудителя в человеческом организме. В большинстве случаев мукозный отит беден субъективными ощущениями и протекает очень медленно, но дает очень сильные разрушения оторостка и очень тяжелые осложнения при неперфорированной бар. перепонке. Среди осложнений имеются экстрадуральные перисинуозные и мозжечковые абсцессы, тромбоз синуса и менингиты. Смертность очень высокая, доходящая до 24%. Мукозный отит-мастоидит находится, как видно, вне зависимости от типа оторостка и от степени пневматизации оторостка, но, вероятно, находится в зависимости от времени года: зимой гораздо больше мукозных отитов, чем в остальные месяцы года. Среди отитов-мастоидитов, вызванных возбудителем Pneumococcus mucosus, было несколько случаев и нетипично протекавших; также среди отитов-мастоидитов, вызванных другими возбудителями, были и такие, протекавшие клинически как mucosus otitis. Автор считает, что на основании только клинической картины нельзя еще поставить точно диагноз мукозного отита. Б. Голанд.

96) Проф. U f f e n r o d e (D. med. Woch. 1929. № 25.) описывает 2 очень интересных случая из своей практики. 1. Для удаления гороха из ушей у 5-ти летнего ребенка домашний врач применял пинцет. В виду сильного беспокойства ребенка был применен хлор-этиловый наркоз, но удаление инородных тел из ушей не удалось; в глубине правого слухового прохода сильное ранение. Вторичный хлор-этиловый наркоз; из левого уха инородное тело удалено промыванием, из правого уха не удалось. На следующий день специалист ото-рино-ларинголог удаляет инородное тело и из правого уха; установлено ранение барабанной перепонки. Ребенок отпущен домой. В ту же самую ночь рвота, температура высокая. Через 2 дня автор диагностировал *острый лабиринтит и менингит ушного происхождения*. После радикальной операции среднего уха и вскрытия лабиринта ребенок погиб. 2. 57-летняя женщина почувствовала боль в левом ухе. Через 3 дня домашний врач констатирует легкое воспаление левого уха. После исследования б-ная почувствовала легкую тошноту и недомогание. Предложение пациента привлечь врача ото-рино-ларинголога для консультации отклоняется домашним врачом на том основании, что ни припухлости, ни болезненности на соответствующем оторостке нет. Через два дня рвота, сильные головные боли, успокаивающиеся после холодного чая и таблеток. Через сутки автор констатировал *менингит ушного происхождения*. После радикальной операции среднего уха и вскрытия лабиринта б-ная скончалась. Аутопсия подтвердила диагноз—лептоменингит ушного происхождения.

Б. Голанд.

г) Офтальмология.

97) F. N a r o g (Archives d'ophtalmologie, 1928) в своей работе по вопросу о *патогенезе xerosis essent.* и *keratomalacia* приводит 7 историй болезни и на основании своих наблюдений и литературных данных приходит к выводу, что этиологическим моментом является авитаминоз. Изучая свои случаи щелевой лампы, автор наблюдал на конъюнктиве и роговице в эпителиальном слое кристаллы холестерина, которые он рассматривает как результат распада клеток и жиров. Под влиянием авитаминоза в конъюнктиве и роговице происходят дегенеративные изменения, секреторные функции эпителия уменьшаются или исчезают, а слезные железы атрофируются.

Г.