

126) *К технике Jejunostomiae.* Winkelbauer (Zentrbl. f. Chir. 1929 № 34) предлагает при производстве jejunostomiae применять метод, аналогичный гастростомии или способа Coffe у для пересадок мочеточников в толстую кишку. Проводится 5 см. разрез через серозу и мышечную ткань петли кишки без вскрытия мусос'ы. В дистальном углу раны тупо разделяются мышцы, и вскрывается слизистая. Катетер вводится в это отверстие и располагается между мышцами. Рана поверх расположенного катетра зашивается одиночными узловатыми швами наглухо. Кишка фиксируется с катетром к брюшной стенке места разреза или в стороне через специальное вскрытие брюшной полости. И. Цимзес.

### в) Ларингология.

127) *К вопросу о профессиональных заболеваниях голоса (фонастения).* Проф. Sokolowsky (Deutsche med. Woch., 1929, № 14, S. 576) останавливается на функциональных заболеваниях голоса у певцов, преподавателей, священников и вообще лиц, связанных по своей профессии с частыми разговорами.

Автор под функциональными заболеваниями голоса (фонастенией) понимает такое заболевание голоса, где мы не в состоянии при данной существующей методике исследования голоса, обнаружить анатомических изменений или какие-нибудь патологические субстраты. При фонастении выступают вперед субъективные симптомы. Мы можем обнаружить чувство давления, жжения, царапанье, чувство сухости, необходимость частого откашливания и даже сильные острые боли в горле. Следующим симптомом является легкая утомляемость голосового аппарата. Последнее мало-по-малу усиливается. В большинстве случаев больные указывают на какую-нибудь причину: простуда, катарр горла или психическая травма, вследствие чего, будто бы, появилось данное заболевание, но при собирании подробного анамнеза почти всегда устанавливается, что данное заболевание существует давно, еще до указанной больными причины. При объективном исследовании обыкновенно не удается обнаружить резких изменений в гортани. Парез *m. interni* или *m. transversus*, разница в положении истинных голосовых связок (одна связка выше другой), перекрещивание черпаловидных хрящей часто сопровождают фонастению. Отечность и утолщение голосовых связок, отечность слизистой задней стенки гортани, покрытой слизью, красноту слизистой гортани автор считает у фонастеников вторичными явлениями. У фонастеников, которым приходится много говорить, голос является выше, громче и жестче, чем у обыкновенных людей, а у певцов тоны музыкальные часто неправильные, сопровождающиеся посторонними шумами и др.

Этиологически автор считает, что причиной фонастении является злоупотребление голосом как в количественном (слишком много времени петь или говорить) отношении, так и в качественном. Неправильное преподавание может вести к фонастении.

Что касается терапии, автор считает, что прежде всего должны быть удалены крупные ненормальности в носу и носоглотке, как резкое искривление перегородки, большие гипертрофированные раковины, большие аденоиды и др. Покой необходим только вначале для исчезновения вышеуказанных вторичных явлений, как краснота голосовых связок и др. После приходится лечить упражнениями; покой автор считает даже вредным. Правильная постановка голоса—лучшее терапевтическое средство для фонастеника. Фарадический ток, вибрационный массаж приносит часто хорошие результаты. Автор обращает внимание на вред, который приносит голосу частое откашливание, он считает необходимым даже запрещать его фонастенику. Помимо вышеуказанных мероприятий автор считает необходимым предпринять меры общего характера, как воздержание от курения и алкоголя, рано ложиться спать, хороший, чистый воздух, диета, борьба с запорами, лечение анемии и наблюдение за душевным покоем. Б. Голанд.

128) *К вопросу о миндаликовом сепсисе.* Проф. Uffenorde (Deutsche med. Woch., 1929, № 19, S. 775) приводит 4 случая сепсиса после воспалительных процессов в глотке. 1-й случай. У 18-летней девушки, давно страдавшей часто повторяющимися тонзиллитами, через 2 дня после нового обострения, образовалась припухлость на левой стороне шеи, с затрудненной подвижностью нижней челюсти, ознобами и высокой температурой. При объективном исследовании обнаружено утолщение левой тонзиллы без налетов (перитонзиллярная область без изменений), припухлость и покраснение левой стороны надгортанника, левой черпало-надгортанной складки и слизистой оболочки, покрывающей левый черпал.