

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.

Левый sinus piriformis сглажен. Снаружи на шее слева прощупываются твердые, увеличенные, болезненные железы на углу нижней челюсти и по ходу сосудов вниз. Флюктуации не обнаружено. Во время операции (тонзиллоэктомиа слева и разрез всех мягких тканей, втянутых в данный процесс) был найден по линии инфильтрации и припухлости тканей абсцесс, соответствующий нагноившейся железе, в соседстве сосудистого влагалища. На 16-й день после операции больная выписана здоровой.

2-й случай. 67-летняя женщина через 4 дня после перенесенной ангины заболела вновь с резкими головными болями, рвотой и ознобами. Позади правого уха припухлость, спускающаяся книзу по ходу v. jugularis в течение нескольких дней. Через три недели автор при операции находит большой абсцесс, находящийся между art. carotis comm. sin., ven. subclavia sin. и arteriae anonyma et subclavia dex. Сосудистое влагалище припухшее и покрасневшее, стенки сосудов не изменены. После тонзиллоэктомии справа, вскрытия имеющегося небольшого абсцесса в перитонзиллярной ткани и опорожнения вышеуказанного большого абсцесса больная начала быстро поправляться и через три недели была отпущена домой.

3-й случай. У 14-летней девочки после тонзиллоэктомии и аденотомии развилась пиэмия с высокой температурой и болями в затылке. При объективном исследовании обнаружена припухлость и выпячивание задней стенки глотки. После вскрытия ретрофарингеального абсцесса и опорожнения его больная быстро поправляется.

4-й случай. 34-летний мужчина заболел ангиной. После 2 дней припухлость левой щеки, левой стороны шеи, затрудненное дыхание, высокая температура. Вскрытие и опорожнение перитонзиллярного и ретрофарингеального абсцессов излечения не принесли. Ввиду затяжности процесса была предпринята большая операция на шее, несмотря на отсутствие тромбоза v. jugularis int. была перевязана. Exitus. Вскрытие показало, что гнойный процесс распространился далеко вглубь, но вскрытие сосудов v. jug. sin., v. comm. и v. thyreoid. sup. показало, что эти сосуды свободны от тромбов.

На основании этих 4-х случаев автор приходит к выводу, что во всех случаях ангины с воспалительными процессами в перитонзиллярной ткани или в тканях на шее больные должны быть немедленно помещены в специальное лечебное заведение. В виду того, что почти во всех случаях миндаликового сепсиса имеются изменения крови, автор горячо рекомендует во всех случаях ангины обратить внимание на состав крови, особенно автор считает, что цитологическое исследование крови имеет решающее значение для диагностики и для дальнейшей терапии. На основании этих и других многочисленных случаев автор считает бесполезным и даже вредным при миндаликовом сепсисе перевязку сосудов, но считает весьма необходимым широкое вскрытие флегмон и абсцессов и дренажирование их.

Б. Голанд.

2) Невропатология и психиатрия.

129) Prof. N. Rojas из Буэнос-Айреса рекомендует *выпрыскивание адреналина при отлучении от морфия* (L'encéphale 1930, № 4). А. различает два периода при отлучении морфия: период интоксикации и период нового приспособления. Особенно опасен 2-й период—явления абстиненции носят ваготонический характер (слезы, пот, понос и др.). Адреналин, вызывая раздражение sympathicus'a, восстанавливает равновесие. На ваготоников адреналин оказывает особенно хорошее действие. Адреналин выпрыскивается после принятия последней дозы морфия (Rojas проводит отнятие морфия не сразу, а по быстрому способу) в размере $\frac{1}{2}$ mg., эта доза повторяется еще раз в тот же день и на следующий. Ю.

130) Д-р M. Sokel описывает (D. m. W. 1930, № 42) *новый способ лечения морфинизма*. При внезапном отнятии морфия для избежания явлений морфинной абстиненции а. в первые 6-8 дней вводил большое количество инсулина (до 80 единиц инсулина «Leo» в 24 часа) без виногр. сахара. Количество инсулина зависело от тяжести явлений абстиненции. Всего лечено 15 больных. Ни разу никакие соматические явления абстиненции не появлялись, точно также и психические явления резко уменьшались. Уже на 7 день начинается прибавка веса. Среди больных автора находились самые тяжелые морфинисты. Ю.