

от 1 до 25 шт. Большая часть опухоли находится в различных стадиях дегенерации и некроза, встречается дегенеративное ожирение клеток и межклеточного вещества. Во многих местах межклеточной ткани обнаруживаются отложения извести. Присутствия костной ткани, а также эластических волокон нигде не отмечено.

Интерес нашего случая заключается в гигантских размерах и редкой локализации опухоли. При просмотре литературы выяснилось, что гигантские хондромы чаще встречаются в тазовых костях, реже в костях конечностей, в других областях тела подобные случаи единичны.

Хондрома тазовых костей имела 2 фута в диаметре (O. Weber) 103 см. в окружности и весила 37 англ. фунтов (Halthouse); 80—90 см. в окружности равнялась 3 головам взрослого человека (Dorn); была больше 2 голов взрослого (Mалис и Шор); больше головы человека, весившая 5550 гр. (Schopping); с голову взрослого (Billroth и Jardine); занимала всю полость таза (Schultze); имела диаметры 27×24 см. (сл. Ribbert'a из коллекции Gottingen'a). Хондрома бедра достигала 175 см. в окружности (Nelatou); $14 \times 17 \times 27$ в сл. Ribbert'a из коллекции Bonn'a. Хондрома лопатки равнялась 70 см. в окружности в сл. Cacciopoli; весила 4,7 кгр. (Schnell) и 4,2 кгр. (сл. Jond'a). Хондрома верхней части руки, ключицы и лопатки была с голову взрослого человека (Thiersch); в сл. Masson'a хондрома плеча достигала 82 см. в окружности. Среди единичных случаев отмечим хондрому диафрагмы размерами $64 \times 45 \times 7$ (из музея г. Цинциннати—Kramer; хондрому ребер, имевшую 90 см. в основании (Schläpfer) и хондромы передней грудной стенки забрюшинной клетчатки с голову взрослого (Schnitzler, Romm).

Сравнивая наш случай с приведенными выше, мы находим, что хондрома нашего случая по своим размерам ($36 \times 25 \times 32$ см. в диаметре, 124×112 в окружностях) и весу (19,1 кгр.) принадлежит к числу самых больших из всех известных, а по локализации—к числу редчайших гигантских хондром плеча.

Многие хондромы, как известно, возникают из эмбриональных участков хряща, в других случаях—из заблудившихся зачатков хондрогенной ткани. Некоторые авторы допускают возможность образования опухолей из недифференцированной соединительной ткани путем ее метаплазии. Опухоли могут развиваться из неокостеневших зачатков межклеточного хряща, подвергшегося неблагоприятным воздействиям в периоде роста. Нередко толчком для проявления роста опухоли служат всевозможные травмы.

Вследствие того, что в организме, кроме хондромы плеча, имелись еще две опухоли: саркома печени и fibroma hyalinicum левой почки, можно думать, что исходом хондромы явился заблудившийся зачаток хрящевой ткани, который проявил свойство роста только после бывшей 22 г. тому назад травмы. Полное замещение двух верхних третей плеча и сустава опухолью позволяет предполагать, что хондрома возникла из костного мозга, следовательно мы можем классифицировать ее, как центральную энхондрому.

Из Центр. керченской поликлиники (главврач Г. П. Александров) и больницы при Гос. мет.заводе (глав. врач д-р Клейненберг).

Ретенция зубов с выходом в нос и гайморову полость¹⁾.

А. И. Пискун,

Зав. каб. уха, горла, носа Цент. пол-ки.

Задержка зубов в толще челюстей и роста их не на обычном месте, явления не столь частые.

Нахождение зуба в толще самой челюсти, а не в зубном ряду, как это полагалось бы по возрасту—наз. ретенцией зуба. Ретенционными могут быть как вполне развившиеся, так и оставшие в своем росте и недоразвитые зубы. Ретенция может быть полная и частичная, т. е. когда зуб остановился на пути сво-

¹⁾ Доложено 15/VI 31 г. в Научной ассоциации врачей гор. Керчи.

его прорезывания, выдаваясь из луночки только частью своей коронки. Otto Schieffer подразделяет частичные ретенции на истинные и ложные. Ложными он называет те частичные ретенции, которые обусловлены механическим препятствием, а частичными—когда таких препятствий нет. Ретенцированные зубы могут располагаться либо параллельно нормально прорезавшимся зубам, либо образуя с корнями больший или меньший угол. Зуб может быть повернут вокруг своей поперечной оси на 180° так, что корень обращен к альвеолярному отростку, а коронка в противоположную сторону—вглубь челюсти. В таких случаях коронка может прорезаться в сторону наименьшего сопротивления, в носовую или гайморовую полость.

Вопрос об этиологии ретенцированных зубов еще до сих пор не выяснен. Lupiatschek считает причинным моментом воспалительные и дегенеративные процессы зубного зачатка и окружающих тканей. Schiffer—наследственность, Fort и Euler—смещение зубного зачатка под влиянием какой-либо травмы или воспрепятствование прорезыванию зуба из-за недостатка места, заранее занятого соседним зубом и т. д.

Все это область предположений, и точное выяснение этиологического момента для каждого случая чрезвычайно трудно, как и выяснение этиологии других видов пороков развития.

Ретенцированные зубы могут являться источником различных заболеваний организма. Так, Katanui приводит случаи эпилепсии, ирита, проф. Upton приводит случаи выздоровления dementia praecox, после удаления ретенцированных зубов.

Перейду к описанию двух случаев, наблюдавшихся нами ретенцированных зубов.

I случай. Б-ой Г., 21 г., поступил 15/XII 30 г. в б-цу Г. М. З. (ист. бол. № 1874) по поводу закладывания левой половины носа, гнойных выделений и частых головных болей. Больным себя считает в течение 6 лет, причем в последнее время явления стали нарастать.

Status praesens. Б-ой среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания. Со стороны внутренних органов уклонений от Н не обнаружено. *Locus morbi:* диффузная набухлость слизистой оболочки левой половины носа, густой гной в среднем носовом ходе. Правая сторона носа без изменений. При надавливании на симметричные области fossae caninae—боли слева. Зубы—все на месте и здоровы за исключением левого верхнего клыка, который является молочным зубом. Рентгенографически определяется затемнение левой гайморовой полости и ретенцированный клык, расположенный косо над корнем резца в глубине альвеолярного отростка. Радикальная операция левой гайморовой полости по Denker'у (д-р М. Ф. Попов). В полости густой с запахом гной. Полость вычищена, зуб удален. Б-ой выписан в хорошем состоянии.

II случай. Б-ой Вос., 28 лет, обратился в Цент. пол-ку 23/IV 31 года (амб. к. № 40869) с жалобами на головные боли, боли в левой половине носа, закладывание и гнойное отделяемое. Б-ным себя считает в течение 2-х лет.

St. praesens. При риноскопии слева отмечается инородное тело, расположенное между средней носовой раковиной и перегородкой и доходящее до дна носа, и гной в среднем ходе. После кокаинизации зондом, введенным за верхний край инородного тела, с трудом удается извлечь инородное тело, оказавшееся большим ринолитом. При дальнейшем исследовании отмечается еще инородное тело, исходящее из дна носа и доходящее сверху до переднего конца средней раковины; на вид тело белого цвета, при постукивании и дотрагивании зондом, создается впечатление камня. После некоторых усилий извлекается щипцами инородное тело, оказавшееся недоразвитым сверх-комплексным клыком.

Одонтологи не нашли никаких уклонений в зубной дуге—зубы все здоровы и все на месте. Рентгенологически потом не удалось найти никаких изменений в полостях и в носу.

В дальнейшем гнойное отделяемое прошло, дыхание восстановилось и боли также прошли.

В данном случае боли могут быть объяснены невралгией n. trigemini, что ретенция зуба может вызвать невралгию, легко себе представить;—зуб при развитии встречается на своем пути нервную веточку и ростом своим производит на нее давление. Таким образом получается постоянный раздражитель. Невралгия в области n. trigemini могут происходить не только от давления ретенцированного

зуба своим ростом на одну из веточек его, но и от пульпита в самом ретеннированном зубе. Пульпит в ретеннированных зубах может образовываться даже тогда, когда отсутствует влияние окружающей среды полости рта. В таких случаях, происхождение пульпита можно объяснить резорбцией зубной ткани вплоть до пульпы.

Наиболее часто ретен. зубы могут давать осложнения следующего рода: 1) образование фолликулярных кист, которые могут привести к деформации лица, 2) резорбцию корня соседнего, совершенно здорового зуба, с образованием челюстно-десневового свища; 3) абсцессы и даже остеомиелиты челюстей с последующим образованием наружных свищей; 4) деформацию челюсти и образование патологического прикуса; 5) Neurit. n. trigemini.

К вопросу о рецидивах первичного комплекса скарлатины¹⁾.

Д-ра Н. Рейдермана, ассистента Киевского института Охматета.

Три истории болезни, публикуемые в настоящем сообщении, имеют принципиальный интерес.

1. Б. К., 5½ лет, дочь медицинской сестры, 26/II 28 г. Т° 39,5, рвота, боли в горле. яркая ангина, энантема, припухлость желез у угла нижней челюсти. В течение последующих двух дней—типичная распространенная скарлатинная сыпь на туловище и конечностях. Малиновый язык. Т° все время между 38° и 39,5°.

На 5-й день ревматоидные боли. С 7-го по 9-й день литическое падение Т°. Постепенное исчезновение сыпи к этому же времени. С 12-го дня—шелушение, на руках, на внутренней поверхности бедер, затем на спине. На 17-й день новый подъем Т° до 38,9°, рвота. При осмотре новая ангина, свежая, несомненная скарлатинная сыпь на руках, на внутренней поверхности бедер, на нижней части живота. Через 2 дня исчезновение сыпи, падение Т° до 37,5—37,8°. Шейный лимфаденит. Полное падение Т° на 25-й день болезни. В дальнейшем, до выздоровления, никаких новых осложнений.

2. Таня С., 7 лет, scarlatina levis с 5/IV 28 г. Рвота, ангина, типичное лицо, сыпь. малиновый язык. Т° ни разу не поднималась выше 37,9°, но зато до 30-го дня не падала ниже 37,2°. С 13-го дня небольшое шелушение на пальцах рук и на внутренней поверхности бедер. 20/IV, т. е. на 15-й день болезни типичная скарлатинная сыпь на нижней половине живота и боковой поверхности груди, которая исчезла через 2 дня. Выздоровление без осложнений.

3. Т. Р., 2½ лет; попала под мое наблюдение 12/I 30 на 4-й день болезни с ремиттирующей от 37,5 до 39° температурой, остатками скарлатинной сыпи на туловище, малиновым языком, припухлостью шейных желез. В первые два дня болезни ее видел один из моих коллег по поликлинике и поставил диагноз скарлатины. Остатки сыпи исчезли через 2 дня, а Т° оставалась без перемен, причем объяснение я находил в шейном лимфадените; на 17-день—гнойный отит, на 22-ой день—рвота, Т°—40,6, обильная скарлатинная сыпь по всему телу. В этот период 2-й сыпи девочку, кроме меня, видели д-р Д. Сигалов, приват-доцент Браславский, зав. инфекционным отдел. 1-й рабочей больницы. В дальнейшем мастоидит, трепанация, выздоровление.

Речь идет о трех детях, у которых на 15-й, 17-й и 22-й дни несомненной скарлатины повторился инициальный симптомокомплекс скарлатины. Во всех 3-х случаях уже было шелушение кожи, а в двух случаях были и типичные для скарлатины осложнения: ревматоид, лимфаденит, отит. Во всех 3-х случаях дети были совершенно изолированы от внешнего мира. Они жили с матерями в отдельных комнатах, с совершенно отдельным ходом на лестницу. Кроме лечащего врача их никто не посещал.

Тот факт, что инициальный комплекс скарлатины повторяется, в литературе известен и на больном больничном материале выведены весьма интересные цифры. что видно из приводимой таблицы.

¹⁾ Сообщено в Педиатрической секции Киевск. един. научн. мед. общества.