

# ВѢСТНИКЪ

## УШНЫХЪ, ГОРЛОВЫХЪ И НОСОВЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

Изданный мѣсяцъ: апрѣль, 1909 г. редакторъ М. В. Баджановичъ Горьковскаго (Сиб.),  
Проф. докторъ Б. В. Верховскаго (Сиб.), асс. клин. докторъ В. В. Волыновъ и  
А. П. Галбеновъ (Сиб.), ординаторъ Г. Е. Жуковскій (Сиб.) и 2-й директоръ  
Казанскаго Духовнаго Богословскаго университета Н. И. Лукинъ (Сиб.), прив.-доц. докторъ  
Е. Н. Мухоморовъ (Москва), ординаторъ докторъ Н. М. Рабатовскій (Сиб.), проф.,  
докторъ Н. П. Самойловичъ (Сиб.), асс. клин. докторъ докторъ К. Э. Бонгаровъ  
(Сиб.), и прив.-доц. докторъ М. В. Цыгановичъ (Сиб.).

Сотрудники: прив.-доц. Др. Александръ (Влад.), ассист. клин. учин. С. Dr.  
Bisley (Пол.), проф. докторъ А. Г. Белоризова (Сиб.), докторъ Н. В. Благовещенскій  
(Сиб.), профессора И. В. М. Александръ докторъ А. В. Балашъ (Сиб.), проф.  
докторъ В. М. Беглеровъ (Сиб.), проф. докторъ Н. М. Волыновъ (Влад.), прив.-доц.  
Др. Нуръ (Ита), докторъ В. З. Горюновъ (Варн.), докторъ А. А. Ириколовъ (Сиб.), прив.-  
доц. докторъ А. В. Ивановъ (Москва), проф. Др. G. Kibias (Фрейбургъ), ассистенты  
клин. докторъ В. Б. Назаровъ и В. А. Лавъ (Сиб.), проф. докторъ Е. А. Нелюбовъ  
(Варн.), проф. докторъ М. П. Шаляевъ (Сиб.), проф. Др. A. Rabbin (Пол.), ассист.  
клин. учин. С. Dr. Kalla (Ита), прив.-доц. Др. A. Scheibe (Мюнхенъ), докторъ  
М. А. Сидельникъ (Варн.), прив.-доц. докторъ Е. М. Степановъ (Москва), проф. Др.  
Urbaschewitch (Ита), проф. докторъ А. П. Фаворскій (Сиб.), проф. докторъ С. П. Федоровъ  
(Сиб.), директоръ клин. школы Императорскаго прив.-доц. докторъ С. Ф. фон-Штайнъ  
(Москва).

### ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

Проф. Учен. Н.-Медик. Академіи	Проф. Киевск. Медик. Института
Академіка Н. П. Симязовскаго	Б. В. Верховскаго
Прив.-доц. Учен. В.-Медик. Академіи	Ассист. клин. Горн., Инж. и Учен. б.
М. В. Цыгановичъ	И. В.-М. Ассист. В. И. Волыновъ

Общественный редакторъ М. В. Цыгановичъ.  
Почтовый редакторъ В. И. Волыновъ.

1909 г.

Инварь (годъ I).

Съ рисунками къ текстѣ.

С-ПЕТЕРБУРГЪ

Складъ изданий Н. Д. РИШНЕРА.

Невскій пр. 14.

Отъ свидѣній . . . . .	1
Отъ рѣзаній . . . . .	II—III
Оглавленіе	
I. Оригинальныя статьи.	
Профессора И. П. Сихановскія. Воспалительныя измѣненія слизистой (лимфогенной) стѣны гортанных дѣл. путей. Съ рис. . . . .	1
Профессора В. В. Верхолюскова. Лечение острыхъ воспаленій среднего уха . . . . .	19
Прин.-доц. Александръ Ивановичъ. Аллигическая ганглерофия миндалинъ. Съ рис. . . . .	27
Д-ръ Мед. В. Н. Волчекъ. Сравнительныя наблюденія надъ ленточкѣ бар. перепонки при различныхъ типичныхъ заблѣженіяхъ . . . . .	32
II. Рефераты.	
Болезни уха . . . . .	39
Болезни гортани . . . . .	52
Болезни носа . . . . .	60
Врожденныя . . . . .	64
VI. Протоколы заседаній О-ва врачей по горт., нос. и ушн. б.	
Протоколъ заседанія О-ва 4-го Окт. 1908 г. . . . .	67
Отчеты секретаря за 1907—1908 г. . . . .	74
VII. Хроника.	
Проф. В. В. Верхолюскова, къ поминанію проф. Вейсба . . . . .	74
X. Объявленія.	
Новая книга по ушнымъ, носовымъ и гортаннымъ болезнямъ, составленная на французск. языкѣмъ докторомъ К. Э. Ринкера . . . . .	77
Оглавленіе оригинальныхъ статей ближайшаго (2) номера:	
Проф. И. П. Сихановскія. Воспалительныя измѣненія слизистой (лимф.) стѣны горт. дѣл. путей. Съ рис. (продолженіе). . . . .	
Проф. В. В. Верхолюскова. Лечение острыхъ воспал. среднего уха (продолженіе) . . . . .	
Прин.-доц. М. Ф. Цытовичъ. Прямое наблюденіе вѣрныхъ дыхательныхъ путей. Съ рис. . . . .	
Д-ръ Мед. А. В. Блазинъ. О врожденныхъ и послѣ воспалителн. Съ рис. . . . .	
Д-ръ Мед. А. Я. Галюковъ. О некоторыхъ формахъ лимфогенныхъ ангиит. Съ рис. . . . .	
Д-ръ Мед. В. Н. Волчекъ. Сравн. набл. надъ тон. б. переп. при кѣ. ушн. заблѣженіяхъ. Съ табл. (окончаніе). . . . .	

Изданіе май: прин.-доц. д-ръ М. В. Богдановичъ-Березовскій (Сѣб.), проф. д-ръ Ф. В. Верхолюскова (Сѣб.), асс. клнз. д-ръ В. М. Волчекъ и А. Я. Галюковъ (Сѣб.), прин.-доц. д-ръ Г. Е. Нуровъ (Сѣб.), и з. директора Елизаветинской Дѣтской б-ды д-ръ Н. И. Давыдовъ (Сѣб.), прин.-доц. д-ръ Е. Н. Малютинъ (Москва), прин.-доц. д-ръ Н. М. Радубовскій (Сѣб.), проф. д-ръ Н. В. Самойловичъ (Сѣб.), зав. клнз. д-ръ баронъ А. Э. Шенклеръ (Сѣб.) и прин.-доц. д-ръ М. Ф. Цытовичъ (Сѣб.).

Сотрудники редакціи: Dr. Alexander (Вена), ассист. клнз. ушн. б. Dr. Birley (Вена), проф. д-ръ Л. Г. Бейзерманъ (Сѣб.), д-ръ Н. П. Благовѣровъ (Сѣб.), директоръ И. И. М. Александръ д-ръ А. В. Бланкъ (Сѣб.), проф. д-ръ П. М. Боклеркъ (Сѣб.), проф. д-ръ Н. М. Вадковичъ (Віена), прин. доц. Dr. Hajek (Вена), д-ръ В. Э. Герасъ (Варш.), д-ръ А. А. Ироускій (Сѣб.), прин.-доц. д-ръ А. Ф. Ждановъ (Москва), проф. Dr. G. Kilia (Фрайбургъ), ассистенты клнз. д-ръ В. Б. Казанъ и В. А. Ланъ (Сѣб.), проф. д-ръ Е. А. Мельманъ (Варш.), проф. д-ръ М. П. Павловъ (Сѣб.), проф. Dr. A. Reiter (Вена), ассист. клнз. ушн. б. Dr. Haffa (Вена), прин.-доц. Dr. A. Scheide (Мюнхенъ), д-ръ И. А. Семеновъ (Варш.), прин.-доц. д-ръ Е. М. Степановъ (Москва), проф. Dr. Urbaschitsky (Вена), проф. д-ръ А. П. Фалладій (Сѣб.), проф. д-ръ С. В. Федоровъ (Сѣб.), директоръ клнз. имени Валюковъ прин.-доц. д-ръ С. Ф. фонъ-Штейнъ (Москва).

## ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

Проф. Им. В.-Медиц. Академіи Проф. Козакъ, Медіц. Института  
Александръ Н. П. Симановскіи Б. В. Верхолюскова  
Пр.-доц. Им. В.-Медиц. Академіи Ассист. клнз. Горл., Нос. и Ушн. б.  
М. Ф. Цытовичъ. И. В.-М. Акад. В. И. Волчекъ.

Отвѣтственный редакторъ М. Ф. Цытовичъ.  
Помощники редактора В. И. Волчекъ.

1909 г.

Январь (годъ I).

Съ рисунками къ текстѣ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ  
Складъ изданій Н. Я. РИККЕРА.  
Восскій пр. 14.

## ОТЪ СОИЗДАТЕЛЕЙ.

Нашъ дѣль тому поводу въ С.-Петербургѣ образовалось общество врачей по горловымъ, ушнымъ и носовымъ болезнямъ. На третью часть его существования, когда число его членовъ достигло до 55 человекъ, двѣнадцать членовъ общества, во главѣ которыхъ мы не будемъ здѣсь касаться, выжили изъ общества и основали другое, а именно всерѣ кости того, издавая свой специальный журналъ. Основное цѣль перваго общества, цѣль членовъ котораго въ это время возросла въ значительной степени и продуктивнаго научнаго дѣятельности котораго все болѣе и болѣе развивалась, было поставлено въ очень неблагоприятныхъ условияхъ, именно специалнаго журнала, въ которомъ бы оно могло координировать труды своихъ членовъ. Въ виду этого образовалось Товарищество Соиздавателей, которое, желая войти на встрѣчу этой потребности какъ членовъ общества, такъ и другихъ соиздавателей по специальности, русскоязычныхъ по русской землѣ, представляемъ вышѣ на судъ русскихъ товарищей первую вышедшую изъ насъ «**Вѣстникъ ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болезней**». Повсюду себя найдя въ содружествѣ и подспорью товарищей специалитетомъ нашему начинанию, мы въ то же время оказываемъ платоническую поддержку, въ томъ случаѣ, если, на первыхъ порахъ, въ журналѣ будутъ замѣчены недостатки, столь возможные при началѣ всякаго дѣла или много труднаго, самостоятельнаго, общественнаго дѣла. Бодро беремся за этотъ трудъ, преслѣдуя прежде всего возможность той помощи, которую мы можемъ оказать дѣлу единичной русской врачевъ специалитетомъ, а, вѣрнее въ самое будущее нашего журнала.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Ивана Федоровича Корсакова, Жаконская, Спасская, 17  
1908.

## ОТЪ РЕДАКЦІИ.

За послѣднее десятиліе рино-ларинго-отитіа, благодаря интенсивнѣйшимъ открытіямъ въ этой спеціальности, поднялась на необычайно высокую высоту. Въ ряду такихъ открытій мы должны въ особенности отмѣтить бронхоскопію и исследование функций лабиринта. Всего лишь 10 лѣтъ прошло съ тѣхъ поръ, какъ Freiberg'cкій профессор G. Killian началъ равнять свой методъ прямого наслоблѣванія внутреннхъ дыхательныхъ путей, а въ настоящее время способомъ уже дѣль-блѣвательные результаты однихъ вводиться тѣхъ, заключеннымъ въ бронхоскоп, достигаются до 200! Не мало также познаннымъ отъ стенки бронховъ болышихъ, которая безъ этого способа была бы. Ученіе о лабиринтныхъ заблѣваніяхъ является достояніемъ также послѣднато десятилія; фибрологія лабиринта получила интенсивное развитіе благодаря работамъ С. Ф. Фольштейна, Engel'a и Barlow; истинно же — благодаря трудамъ Janetzki'a, Hirschberg'a, Alexander'a, Wittmann'a и др.

Хирургическая техника нашей спеціальности также развивалась чрезвычайно широко: операція перегородки носа, лобной и верхнечелюстной пазухъ, радикальная операція при заблѣваніяхъ среднего ушнато, операція лабиринта, вскрытіе слухуса, перемѣна *v. jugularis* и *halbe v. jugularis*, операція отогнанныхъ катаральныхъ абсцессовъ — вотъ тѣ операціи, которые, какъ бы заработали познаний ихъ носа, такъ и по техникѣ, доступнымъ только при возможности знаній ото-рино-ларингологіи и должны быть отнесены исключительно къ этой спеціальности.

Какъ видно изъ изложеннаго, наша спеціальность развивалась въ настоящее время на столько, что уже трудно стало провести грань, гдѣ оканчивается рино-ларингологія и начинается внутренняя медицина, гдѣ чистая хирургія и гдѣ ото-ларингологія. Первыми и исключеніемъ болѣзней, во крайней мѣрѣ имѣютъ отношеніе къ ней, являются субарахноидъ тѣ или другіе осложненія въ области внутреннего уха или слухового нерва. Наконецъ, многія формы слуховыхъ порожковъ также стоятъ въ тѣсной связи съ заблѣваніемъ уха, носа и ихъ придаточныхъ полостей.

Но смотри на такое развитіе рино-ларинго-отитіа и на то, что изъ 3-Европы она идетъ къ намъ во всѣхъ университетскихъ, въ нѣкоторыхъ даже отдѣльно для отитіа и рино-ларингологіи, у насъ въ Россіи имѣется лишь всего одна въ Императорской Военно-Медицинской Академіи, а 5 лѣтъ назадъ открылась другая — въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ. Конечно, нужно пройти на впередъ какъ врачамъ, посвятившихъ себя нашей спеціальности, расцѣпляясь по широкому простору нашей обширной родины и развиваясь возможности обогатить свои знанія въ таккихъ далекихъ странахъ, какъ столица, такъ и провинція другихъ спеціальностей — дѣль вводиться основными знаніями для возможности ориентироваться въ трудныхъ случаяхъ, такъ какъ число спеціализованъ у насъ въ общаго врачеванія мало, а въ цѣломъ рядѣ болышихъ губернскихъ городовъ ихъ не является и вовсе. Помощь этому можно только однимъ путемъ — соединить спеціальнаго врача, отвлеченнаго требованіемъ современнаго полоненія ото-рино-ларингологіи. Идти на встрѣчу этой извѣстной потребности, мы рѣшились предложить болонскому ученику товарищей нашихъ **«Вѣстника учинныхъ, горныхъ и лесныхъ болѣзней»**.

Предъ возмужавшемъ журналистѣ лежать долгая цѣль: съ одной стороны дѣль поранчивою спеціальностию ясно очерченную картину современнаго, требующаго спеціальнаго воспитанія, форма; съ другой — дѣль возможность товарищамъ исключительно нашей спеціальности слѣдить за новостями и прогрессомъ ея. Достигнуть этого можно только при слѣдующихъ условіяхъ: радиусъ соотвѣтственно авторитетныхъ лекцій и оригинальныхъ работъ мы надѣемся удовлетворить первую категорію читателѣй; вторая категорія была всего нуждѣна, кроетъ организировавъ работу, въ тороро обработанныхъ рефератахъ. Для того, чтобы слѣдить, эти послѣдніе доступны и для первой категоріи, мы настояще цѣльею надѣемся извѣстныя рефератамъ предослать общія предварительныя свѣдѣнія по данному вопросу. Мы не смѣемъ не сдерживаясь отъ себя, что наша цѣль чрезвычайно сложна, но все это она дѣляется еще болѣе интересной. Ученіе общаго петербургскаго читателя неча и скрывать и любимо извлеченное вами согласіе въ соотвѣтствіи многими подобно изданности какъ русскихъ, такъ и европейскихъ спеціалистовъ, имена которыхъ перечислены въ предисловіи листѣ **«Вѣстника»**, дѣлье вые сдѣлаюсь надѣяться, что мы не боя болѣе болѣе для общаго блага нашъ дѣль извѣстными выеу на себя здѣту.



Бездел 1902.  
† 1908 г.

36  
95

Воспалительные заболевания аденонной (лимфатической) ткани  
верхних дыхательных путей.

Проф. Н. П. Симановского.

(Из лекций, читаных в Н. П.-М. Академии.)

Разнообразие анатомических вариантов и типов острок и хронических воспалений аденонной ткани верхних дыхательных путей выводится из прямой зависимости от той доли участка, которое принадлежит во воспалении той или другой анатомической отдаленности от аденонной ткани, и потому, для выяснения характера тех или иных заболеваний, необходимо, прежде всего, тщательное изучение ее анатомического устройства.

Из Келлиера впервые описаны под именем аденонной или лимфатической ткани соединительнотканые образования, залегающие из толщи слизистой оболочки, висцеральной плевы. Желтая ткань эта, весьма распространенная больше или меньше толстыми слоями по поверхности, носит название разнородной аденонной ткани. В этой последней встречаются еще особые круговатые образования, напоминающие свою форму круговатые зерна, которые носят название фолликулов или закрытых железочек. Местами аденонная ткань эта получает сращивание сгущиваясь в особые, анатомически по существу, железы, которые носят название железчатых миндалин. Название это дано им благодаря той форме, которую имеют эти железы миндалин, наиболее доступные, по своему положению, названию исследованию, и потому редко других образования на себе имеющие миндалины.

Кроме железчатых миндалин имеются также еще и в других местах верхних дыхательных путей подобно же рода, анатомически по существу, массивная сложения лимфатической ткани, как, напр., в носоглоточной полости и на перегородке.

В носоглоточной полости, по средине ее, между двумя отверстиями Евстахиевой трубы, расположена больше или меньше значительная по величине, железа железисто-аденонной ткани. Образование это носит название глоточного или третьего миндалина,

въ отделе от двухъ вершков—ребрыхъ. Этотъ третий миндаликъ былъ описанъ анатомомъ Lisack'омъ, а потому отъ я посетилъ однажды миндалика Душка. Внизу, на горѣ языка, находится еще четвертый большой языкъ такого же характера ткани, несущій название 4-го миндалика. Его называютъ также язычкомъ миндалиннымъ или миндалинкомъ Waldberg'a, по имени анатомическаго автора, изучившаго его въ последнее время, хотя онъ былъ описанъ много раньше Kolliker'омъ (1852 г.). Миндаликъ этотъ занимаетъ часть горѣ языка и является въ некоторомъ направлении отъ задней части одного небного миндалика до другого, а сверху—кверху—отъ разлѣва сивауалата до задней границы горѣ языка, а при значительной степени его развитія или при его припуханіи, даже и до надгортанника. Въ нормальныхъ условіяхъ между заднимъ краемъ этой слизистой ткани и надгортанникомъ остается довольно много тѣсно свободное пространство, заключающее въ себѣ обѣ вахсы. Последнія же представляютъ собою, какъ мы знаемъ, дѣя лица, расположенная между переднею языко-надгортанною складкою и другою боковою (sq. diano-epiglottica media et lateralis).

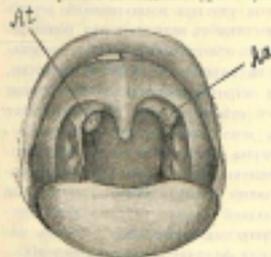
Всѣ только что описанныя складки аденоидной ткани, несущія названія миндалинъ, соединены другъ съ другомъ посредствомъ особаго такой или иного, состоящаго изъ такой же аденоидной ткани. Валны они идутъ изъ неясной полости, отъ третьего миндалика спускаются внизъ, покрывая за заднимъ ребромъ дуэкана, почти сдвигая въ отъѣ мѣстѣхъ съ ребромъ миндалика, а еще болѣе внизъ — съ язычкомъ миндалинкомъ. Также образомъ существуютъ какъ бы язычки или аденоидной ткани, облитывающіе на подобіе кольца переніе дымчеланю и шивакретодыно пути. Кроме это, въ которое зерно обращенъ язычокъ Вальдбергъ, почти въ отъѣ его, названіе кольца Вальдбергъ.

Внутренніе язычки или такія эти, несущіеся для главъ при нормальныхъ условіяхъ, болѣе или менѣе рѣдко выступаютъ при ихъ остромъ и хроническомъ припуханіи и при гиперплазіяхъ соединенныхъ изъ нихъ лимфатическихъ элементовъ, выдаваясь въ подобныя случаи изъ-за дуэкана, въ видѣ различной толшины (до гусиного гѣра и даже языка) продолговатыхъ, овальныхъ, неровныхъ припухлостей. Такое состояніе очень важно постытъ названіе боковой фолликулярнаго воспаления слизистой Pharyngitis lateralis granulosa s. follicularis.

Кромѣ только что описанныхъ образований по всей задней стѣнѣ глотки еще разбросаны въ толщѣ слизистой оболочки небольшіе островки лимфатической железистой ткани. Острова эти расположены одиночно или группами и такъ же, какъ и вышеупомянутыя валны, несущіеся при нормальныхъ ихъ состояніи, но рѣже выступаютъ надъ уровнемъ слизистой оболочки во время острого и хроническаго ихъ припуханія. Въ такомъ случаѣ они представляются въ видѣ неправильныхъ округленныхъ, асимметричныхъ или кругловатыхъ зеренъ и холмообразныхъ, бѣловатыхъ или красноватыхъ возвышеній, которыми, какъназъ уже присвоено названіе зеренъ слюны или гранулій. Зерна эти достигаютъ величины отъ неполнаго зерна до чечевички и болѣе, а въ некоторыхъ случаяхъ представляютъ обширныя, возвышающіяся надъ уровнемъ слизистой оболочки, неправильной формы бляшки или островки, занимающіе болѣе или менѣе значительнае отдѣлъ задней стѣнки глотки. Въ некоторыхъ случаяхъ этипальными покровъ этихъ возвышеній можетъ случаться и въ такомъ случаѣ, зерна кактусъ какъ бы облитывающіе и покровы на грануляціонную ткань равныхъ поверхностей, кожную шапку и бѣлыя названія грануляціи. Такого рода заблужденіе слизистой оболочки задней стѣнки глотки, при которомъ является замѣтныи или зернистыи возвышенія, носитъ названіе зернистаго грануляціоннаго или фолликулярнаго воспаления—Pharyngitis granulosa s. follicularis.

Необходимо упомянутьъ еще о такъ называемыхъ боковыхъ миндалинкахъ. Такія язычки называются некоторыми авторами складками слизистой аденоидной ткани, расположенными около слоточнаго отперія Евстахианыхъ трубъ, въ находящихъ каки отъ небныхъ Ракинхадеревскихъ ямкахъ. Соединенія эти могутъ достигать такой самой степени, что, распространяясь по устью Евстахианой трубъ, могутъ закрывать ея слоточное отперіе. Эти лимфатическія складки называются трубными миндалинками—*Angustula tubaria*. Въ некоторыхъ случаяхъ эти трубные миндалики могутъ спускаться внизъ и спекаться изъ-за языка неба въ подобіе слюны изъ видѣ отдѣльныхъ кругловатыхъ образований, какъ бы огузковъ, почти касавшихся до небнаго миндалика. Отъ подобныхъ они ограничиваются только толщиною задней дуэки, следи которой они и возвышаются. При перекосъ какаждѣ образований они могутъ быть приняты за добавочный небный миндаликъ, который закрывается очень рѣдко въ нормальныхъ условіяхъ. Фактъ состоитъ въ томъ, что добавочный миндаликъ распола-

гласки из той же ткани, из которой позвирел и небный миданлик, из области надъ косиданлик. Следовательно также, как и небный миданлик, оны будут находиться по сю сторону задней левой дужки, тогда какъ туберный миданликъ лежитъ за задней дужкою. Добавочный небный миданликъ имѣеть обыкновенно наибольшаго круглагого возмаченія величину отъ кониоиднаго жерна до сорокати и болѣе. Иногда оны представляютъ собою какъ бы отдѣльную, подманную дѣлку миданлика, разположенную надъ верхнихъ краемъ послѣдята (Фиг. 1).



Фиг. 1.

At—*Strophis tuberosa*.  
Aa—*Strophis acerosa*.

Значительно рѣже наблюдаются разрастанія адвондой ткани въ области грушевиднаго миданлика (*fova rutibotif*). Въ подобныи случаяхъ эти дѣлки были поимена миданликомъ грушевидной миданлики — *Tonilla sive rutibotif*, но также оны называютъ гортинымъ миданликомъ. Впрочемъ, послѣднее название было также употреблено и тѣмъ специалистомъ адвондой ткани, который изобрѣлъ въ своихъ лекцияхъ саванна гортиан и въ первоначальныхъ изданіяхъ описываетъ.

Тканью образованъ глиоцитный лимфатическій аппаратъ состоитъ изъ двухъ видовыхъ миданликовъ, изъ третьяго глаточнаго (Дунган) и изъ желвакаго лимфатическаго шланта на корей жилахъ, т. е. четвертаго или шланкова миданлика (Вальдѣера). Четыре миданлика эти соединены между собою еще неизвѣстными особымъ образомъ шпунтомъ, лежащимъ за заднихъ небныхъ дужкою. Кроме того, на задней стѣнѣ глатъ разбросаны отдѣльные островки лимфатической ткани, о которыхъ мы уже нѣсколько рѣе упоминали.

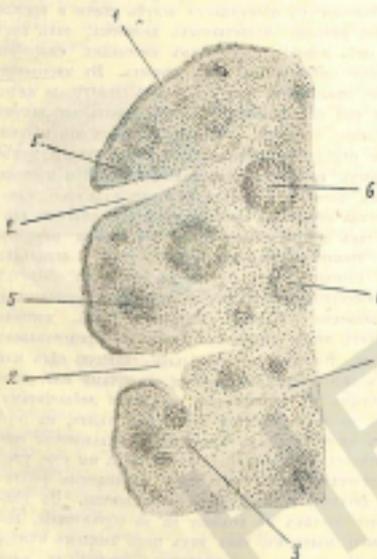
Для того, чтобы показаться съ болѣе тонкихъ стронемъ адвондой ткани, составленной шланко Вальдѣера, возьмемъ прежде всего для нашего изслѣданія предметъ сложной по устройству прибора въ—зерно задней стѣны глатки. При этомъ же увидимъ воду микроскопомъ, что такой островокъ или зерно состоитъ изъ лимфатической желваковой ткани, покрытой, какъ и

вѣт глатки, слизистой оболочкою. Соответственно наиболѣе изступившей части островка, въ послѣдней изобрѣта одно или болѣе, круглатой или продолговатой формы, вдавленіе, ведущее какъ бы въ желвакованную углубленіе. Вдавленіа отверстій, ведущихъ въ это вдавленіе, въ нормальныхъ условияхъ равняются, приблизительно, углу булавки. Эти вдавленія образуютъ гутеръ извѣстныхъ слизистыхъ оболочекъ съ поверхности глатки глатки и прежде послѣдн извѣстнаго извѣстнаго извѣстнаго желвака, такъ какъ предполагали, что оны, подобно известнымъ желвакамъ, способны выдѣлять какой либо свойственный имъ секретъ. Въ настоящее время нѣкто уже не принимаетъ изъ, въ такомъ смелѣ, за желвакаго аппарата, и оны носятъ название желва, зерна или лагулы (гугры, ланга). Однако, слѣдуетъ замѣтить, что хотя эти миданлики сами по себѣ, и не отдѣляютъ никакого секрета, но тѣмъ не менѣе въ докостъ извѣстнаго изъ нихъ ограниченно извѣстнаго глатки слизистыхъ желвака, которая и можетъ выдѣлять туо свое содержаніе. Какъ слизистая оболочка, покрывающая эти островки лимфатической ткани, такъ и эти лимфатическіе извѣстнаго глатки глатки такъ же покрываютъ многослойнымъ эпителиемъ, какъ и остальные слизистая оболочка глатки. Очень близко къ слизистой оболочкѣ глатки, окружая непосредственно эти лимфатическіе извѣстнаго глатки глатки, заложена такъ называемая ралиция адвондой глатки, которая собственно и образуетъ ость островка. Ткань эта представляетъ собою петлеобразную, тонкую, соединительную—тканую ость или осянку (строму), съ заложениями между ея волокнами или, вѣрнее сказать, извѣстными въ извѣстности этой ости лимфатическіе.

Но кроме того, въ ней ралиция адвондой глатки, въ особенности области отъ желвакованнаго вдавленія, разположены еще другого рода лимфатическіе образования, о которыхъ мы уже упоминали—это лимфатическіе узелки или такъ называемые фолликулярныя желвака, фолликулы или зернышки миданлики. Въ дѣятельности же они нѣтъ не только не только не образуютъ, которое принято именовать желвакомъ, такъ какъ подъ именемъ желвака мы представляемъ себѣ посылку съ извѣстнаго отверстия, чего здѣсь вовсе не имѣется. Фолликулярныя желвака представляютъ собою довольно рѣже очерченныя круглатые образования, глатки ограниченныя своими контурами отъ остальной ралиции адвондой глатки. Эти желвака состоятъ изъ чрезвычайно извѣстнаго желвакаго соединительнаго—тканной ости (стромы), кониоиднаго собою ости желвака, ость глатки глатки лимфатическими элементами.

Если мы приступим к более детальному изучению, особенно фолликулярных узелков, то особенно выделю два типа: 1) крупный фолликулярный узелок, представляющий собой кругловатое образование от 0,2 до 0,5 мм, на поверхности и состоящий из очень густой, обильной массы (лимфы) и заключающий в центре коллоидный ядрышко лимфатический узелок; 2) фолликул меньшего размера с зародышевым ядрышком, представляющий собой образование сходное с первым, но заключающее в себе преимущественно лимфатический ядрышко, или даже, окруженного сплюснутыми клетками лимфатический узелок. (Фигуры 2, 3.)

Более строго определенное центральное образование зародышевого ядрышка обнаруживается только в действительности представлять собой ядрышко лимфатического узелка. В остальных всегда можно обнаружить ядрышко лимфы, расположенное на периферии узелка, и различное, почему этот же элемент представляется центральным ядрышком. (Коллоидный ядрышко, расположенное в центре узелка, и лимфатический узелок в периферии узелка, расположенный в центре узелка.) Количество лимфатических узелков обнаруживается в зависимости от величины узелка и от величины узелка. В зависимости от величины узелка и от величины узелка, различие в количестве лимфатических узелков обнаруживается в зависимости от величины узелка и от величины узелка. В зависимости от величины узелка и от величины узелка, различие в количестве лимфатических узелков обнаруживается в зависимости от величины узелка и от величины узелка.



Фиг. 2.

- 1—капсула.
- 2—кортикаль (мантия).
- 3—медулла.
- 4—зародышевое ядрышко.
- 5—фолликул.
- 6—фолликул с зародышевым ядрышком.

До сих пор еще образование эти носят совершенно неподходящее название, так же как и названия, принадлежащие лимфатическим узелкам. Но в отличие от вышеупомянутых открытых наружу лимфатических выделений (лимфы, лимфы), эти узелки, по крайней мере в протоках, носят название закрытых лимфатических (Follicles closes lymph.). Таким образом, рассматриваемое нами простейшее образование аденоидной ткани слизистой оболочки одной створки глотки состоит из следующих трех основных частей: 1) зародышевого ядрышка слизистой оболочки (лимфы, лимфы), 2) ядрышка аденоидной ткани, 3) заключенных в периферии лимфатических узелков или фолликулов.

Нельзя еще более упрощенного строения подобного рода образования, состоящих из одного или нескольких фолликулярных узелков, расположенных одиночно или группами, почти без окружения из рыхлой аденоидной ткани. В таком случае фолликулы не обыкновенно располагаются вокруг выделительных протоков сплюснутых желез, которые открываются из глубокого углубления, образование выделительных выделительных железной оболочки. Таким образом лимфатический ядрышко глотки, из этих случаев, служит как бы доказательством из слизистой оболочки, образуя выделительные протоки в виде фолликулов. Из продукта выделительных железных выделений, представляющих в этих случаях также лимфатический, выделительный фолликулярный узелок. Наиболее такого рода упрощенного строения образования заключаются из слизистой оболочки одной створки глотки. Во других случаях лимфатического кольца Вальдемера присутствие слизистой оболочки встречается довольно редко, или как более или менее, или в виде лимфатических узелков.

Остатками более богатых желез аденоидной ткани являются выделительные протоки по строению своему почти ничем не отличающиеся от только что описанного. Минимум представлять собой как бы конгломераты таких более крупных по устройству образований, связанных на поверхности глотки из глотки лимфатической по своему месту ткани. Минимум состоит из той же выделительной аденоидной ткани, со всеми, входящими в нее, узлами лимфатическими, лимфатическими. Аналогичное образование лимфатической аденоидной ткани как простого, так и более сложного строения является и в других местах нашего организма. Так, например, в створках выделительных железных протоков лимфатическое образование—род узелков или фолликулов—это единственные

железы тонких кишков; но такъ, кромѣ того, желѣзы и болѣе сложнаго устройства лимфатическія железы, аналитичные нижнимъ мидальникамъ—это Пейерова бляшка.

Переходя же теперь къ описанію одного изъ болѣе сложныхъ по строенію органовъ, именно—къ небному мидальнику—*Tonsilla* «. *Amygdala palatina*, по типу котораго такою построены, въ главнѣйшій чертахъ, и остальные мидальники, т. е. 3-й—глотовый и 4-й—язычковый.

Мягкое небо (*Velum palatinum*) или небная завѣска представляетъ собою подвинутую диафрагму или перегородку, выходящую впереди ея свободнаго нижняго края плоско-цилиндрической формы отъ потолка, послѣдній изъясненъ являясь (рис. 1). Свободный край небной завѣски отъ средней ея части, т. е. отъ ямочки, по направлению къ обѣмъ сторонамъ шаруны, расширяясь, образуется съ каждой стороны во двѣ складки: заднюю и переднюю. Задняя складка, болѣе узкая, носитъ названіе задней или небно-глотовой дужки—*arcus palato-pharyngeus* и передняя дужка, небо-язычная—*arcus palato-glossus*. Первая кингу слюнителъ съ задне-боковыхъ стѣнокъ глотки, вторая— съ задне-боковыхъ стѣнокъ языка. Съ каждой стороны между обѣими дужками, обмываемыми своими плоскостями шаруны и расходящимися по направлению кнутри—къ глоткѣ, образуется родъ свободнаго треугольнаго пространства или ниши—*Intersitium arcuatum s. fossa s. sinus tonsillaris* (или *loge amygdalinea* французскія авторамъ), въ которой заложены, съ каждой стороны, небные мидальники.

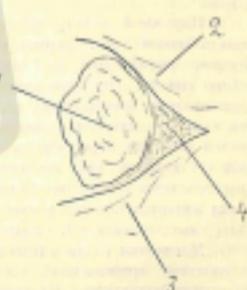
Періодъ коверкности мидальникъ, образованная изъ полости глотки, представляется срединною съ переднюю или заднюю дужку. Въ подобныя случаи въ дужкахъ могутъ переходить изъ поверхность мидальникъ сосудистыя вѣтвицы—венныя или артеріальныя (отъ *art. palatina ascendens* или *art. pharyngea*), что имѣетъ практическомъ значеніе, такъ какъ оперативныя приемы на мидальникахъ при некихъ условіяхъ могутъ сопровождаться значительнымъ и даже угрожающимъ живанъ кровоизлітнемъ. Въ явнѣхъ случаяхъ, впрочемъ, и во время граженія мидальниковъ съ дужками какъ изъ поверхности встрѣчаются довольно богато выраженныя сосудистыя развѣтвленія. Въблѣгае того, что небные мидальники имѣютъ вѣтвистую вытянутую въ длину кругловатую форму, тогда какъ только что описанное пространство, въ которомъ они заложены, имѣетъ форму треугольную, то поэтому, какъ это видно на фиг. 3, между мидальникомъ и расходящимися пластинками небныхъ дужекъ бу-

дуть оставаться незамыленнымъ тѣломъ мидальникъ пространство, которое называется расщеломъ, т. е. наа обонимидальниковую кайку, члѣнокъ. Последняя какъ бы окружаетъ его, располагаясь сверху-сверху, снизу и, главнѣйшій образомъ, шаруны отъ него.

Пространство, ограниченное шаруны—мидальникомъ, сверху и снизу—небными дужками, шаруны—кромѣ небной завѣски и язычковой кингу—поверхностью крива языка, носитъ названіе ямки—*Intersitium fossatum*.

Небный мидальникъ—*Amygdala* «. *Tonsilla palatina*—представляетъ собою образование нѣсколько удлиненное, круглаго-овальнаго формы, утолщенное по вертикальной оси (по длиннику), во фронтъ своей часто напоминаетъ фигуру мидальнаго орѣха. Величина и форма мидальниковъ подвержена большимъ колебаніямъ.

Въ нормальныхъ состояніи небный мидальникъ имѣетъ приблизительно отъ 20 до 25 мм. въ длину, 15 мм. въ шаруны и 10 мм. въ толщину. Объемъ мѣняется увеличеніемъ мидальниковъ крѣпко шаруны принятой считать высотою его тѣла въ заднюю дужку, кнутри за которую въ нормальныхъ условіяхъ тѣло его не должно заходить. Однако же, понятно, что это выходило его изъ предѣлы задней дужки можетъ дать намъ основаніе судить только объ увеличеніи его массы по направлению шаруны кнутри, но можно не дать права для заключенія объ его увеличеніи изъ передне-задней направленія или объ увеличеніи его въ длину, т. е. сверху внизъ. При увеличеніи его въ передне-заднемъ направленіи мы должны обращать вниманіе на стѣнки ослѣдствія мидальниковъ небныхъ дужекъ сверху и кады. Последствіемъ этого можетъ наступить механическое стѣсненіе пологой полости и затрудненіе носового дыханія. Объ увеличеніи мидальника въ вертикальномъ направленіи мы судимъ по той высьи, на которую она представляется подниматься сверху, къ ямкѣ



Фиг. 3.

- 1—мидальникъ.
- 2—задняя дужка.
- 3—передняя дужка.
- 4—мидальниковая ямка.

распадаются перидиума и задины дуэлка от мягкого неба и из какой стороны задней край его спускается к корню языка.

Только применяя во внимание все сказанное, можно сказать, как мы получим возможность правильно судить оба объема миндаля.

Наружный отдел миндаля, который он оставлен по миндалинной коже, покрыт шаром фибрино-алкалеческою пленкою, достигая до 1 миллиметра толщиной, из которой состоит опертка для прохода кровеносных и лимфатических сосудов, отходить из существа миндаля соединительно-тканые нити, образуя из ткани его ряд перегородок или перегородок (Septa). Эти перегородки составляют как бы ограда или скелет, вокруг которого располагается аденоидная ткань миндаля. Каждый от миндаля нити фашиа, а еще более широкая, приблизительно на  $1\frac{1}{2}$  см., имеет art. carotis interna.

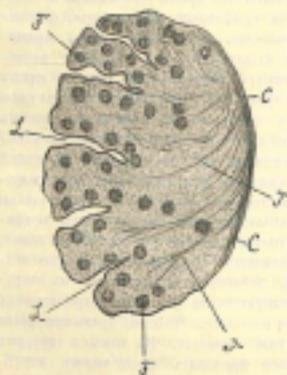
Миндалины имеют снаружи оболочку, содержащую большое количество кровеносных сосудов и покрыты многослойным плоским эпителием. На поверхности миндаля имеется много узелков кругловидных и звездчатых миндалин. Св. фиброзу покрывают на уже названном выше при изучении строения отдельных лимфатических стромы (зерна), заключенных из задней стенки глотки. Вызначены все были описаны Kolliker's году названному клетчатка миндаля, которую так соединяет с миндаля. Она образуется извне извне слизистой оболочки, покрывающей миндаля, с ее поверхностью внутри, причем получается ряд шаров. Каждый такой шарик (миндалина) представляет собою кругловатое или овальное образование от 1 до 4 мм. в поперечнике. Эпителий, выстилающий этот шарик, по исследованию Siegel's, у взрослых представляется предельным слоем эпителиа, который проходит из миндаля через стенок миндаля в его полость, а оттуда на поверхность миндаля. Всплодние были также сохраняется, главным образом, чрез эпителий, покрывающий стенок языка. Из эпителиа же, покрывающего овал миндаля, благодаря были также встречаются из значительной массы клетчатости. Вся эта клетчатка миндаля, т. е. полость или лагуна, окружена фиброзо соединительно-тканною сумкою и заключена, как мы уже упоминали, в фибро-эпителий овал миндаля. Как известно, так в глотке миндаля в миндалях подвержено большим колеба-

ния. Отпертия, ведущая к поверхности миндаля, из нее хлещет, по нормальном состоянии так мала, что почти незаметна для глаза, и по волнении слизистой, язык им уже склади, наметившись укола, проведя в овал миндаля.

Только что описанная ткань имеет название, как мы уже знаем, разлитой аденоидной ткани. Но чрез то же в этой посылке названы еще другого рода лимфатическое образование, о котором мы тоже говорили уже раньше, оно довольно резко ограничено кругловидною оперткою фолликулы. Эти посылки различны со всех сторон, вокруг миндаля, на подобие зерен миндаля, сидят на поверхности задней глотки. Фолликулы состоят также из крупных лимфоидных элементов, весьма сходно найденных из овал фиброзо соединительно-тканною сумкою. Вода, соединяющая эту сумку, из такой глотки имеет и тонки, что закупорку она выключает при микро-скопическом исследовании. Фолликулы или лимфатические узлы представляют собою ряд отдельных микро-скопических лимфатических элементов, нередко содержащих из себя особый т. назв. зародковый центр, и производящих громадное количество лейкоцитов. Попада фолликулы, лейкоциты проникают из окружающей их разлитую аденоидную ткань и отсюда спускаются к поверхности миндаля, выходя в полость глотки, чрез его нити или микро-скопическую его слизистую оболочку. В том и другом случае лейкоциты прибавляются проходить чрез ткань много-слойного эпителиа, разрывая клетки его, при своем прохождении, исторю. Таким образом, если мы представим себе, что вся лимфатическая паровидная система, т. е. узлы или фолликулы, состоит из соединенных лимфоидных элементов, имеющих в много-слойную сумку и из овал оверд включены в соединительно-тканную аденоидную ткань, собственно говоря и соединяющую шаровидную миндаля, то строение миндаля делается для нас достаточно выясненным.

Кроме фолликулы, можно заметить в полости (лагуна) миндаля, имеются еще фолликулы, заключенные из глубины отдален его, края от его преддверья, различны быть особым образом либо переддверья; последние расположены, сравнительно, далеко как от слизистой поверхности миндаля, так и от фибро-эпителиа его углублений и из более близком отношении находится к наружному отделу миндаля, т. е. из его фиброидной сумки и окружающей заднюю разлитой клетчатке. См. фиг. 4.

Во многих случаях, судя по описанию этих фактов, что наиболее количество фолликулярных элементов расположено из более близкого соседства к поверхности миндалина, из его эпителиальной покрову и его несомненным выходящих. Благодаря этой близости к поверхности миндалина, продуцируемые этими фолликулами лимфатические элементы могут возможность вытечь прямо на поверхность миндалина или из его кровяное кармана. При этом, некоторые из фолликулов так близко связаны к поверхности миндалина, что даже непосредственно соединяются с эпителиальным его покрытием. На местах их соединения, на боковой или меньшей-пространств, притом, границе между фолликулом и эпителиальным слоем бывает совершенно слабая и как бы незаметная. При этом, утолщения покровной эпителии представляется прерыванным громадным количеством лимфоидных элементов, проникающих через него т. е. наружу, в полость рта (глотки, рта), вследствие



Фиг. 4.

С — эпителия.  
 F — фолликул.  
 K — крипта.  
 T — перепонка миндалина.  
 J — эпителиальное утолщение

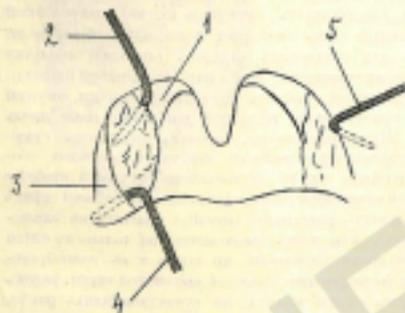
чего эпителиальный покров является как бы своеобразно-прерываемым потоком лейкоцитов. Другие фолликулы, более близко связанные по отношению к глубинам миндалина, вытекают из себе лейкоциты также через свой эпителий, выходящий прямо, в полость полости. Вслед образования из структуры миндаляных лейкоцитов вытекают как последние непрерывным потоком в полость глотки, при чем элементом они проходят через эпителиальный покров миндалина, развиваясь кайма его на стороне, образуя при этом как-бы канавки и впадины, соединяющие полость глотки с аденоидной тканью миндаляных.

Тот же, только что описанный характер строения, изменяется во многих миндалях, наблюдается также и в области чертх и во всех других миндалях человека — из глоточных, языковых и т. д. Собственно говоря, одно и то же такое строение мы находим также при исследовании аденоидной ткани, заключенной в виде шариков из задних дужками, а также, как мы уже видели, а в виде шариковых гранул (зерна) задней стенки глотки. Во всех этих образованиях, без различия, мы находим разную аденоидную ткань с заключенными в ней отдельными утолщения или фолликулами, а на поверхности их будут иметь различные слизистой оболочки (лакуны, крипты, впадины). Проникновению лейкоцитов из аденоидной ткани через поры миндаля способствует также и то, что многослойный эпителий, покрывающий ткань миндаля и выстилающий эти поры, имеет обычную для остальной частью слизистой оболочки глотки, особой ограничивающей перегородки (membrana limitans), отделяющей эпителиальный слой от подлежащей ткани и способной служить при ее существовании преградой для проникновения через нее лейкоцитов. И некоторые авторы, наоборот, отрицают существование такой отделяющей перегородки вообще в слизистой оболочке глотки. Cordes, весьма обстоятельно изучивший строение гистрофизиологической аденоидной ткани, заключает из боковой стенки глотки (боковые канавки — *pharyngis lateralis*) проникать из заключения, что процесс при этом заключается не только в одной гистрофизиологической элементом, но также и их новообразованием, путем как бы разрастания разлитой аденоидной ткани, рядом с новообразованием в ней новых, не существовавших ранее, фолликулов в виде-крипты. Подобного же рода процесс, несомненно, совершается и при так называемой гистрофизиологической и других миндалях, а также при разрастании лимфатическо-островков из задней стенки глотки. В них, при этом, также происходит не только размножение отдельных лимфатическо-элементов, но также и новообразование фолликулярных утолщений.

Значительное изучение анатомического строения небных миндаляных, мы должны отметить еще ту особенность, что в небных миндалях существуют довольно обильно и не только, но иногда в них встречаются многочисленные островки и более редко (из глоточных — *linguae palae*) — островки задней глотки.

Нам остается еще коснуться, из нескольких случаев, некоторых грубо-анатомических особенностей строения небных

мигдалов, втулки которых можно для понижения протекания из них различного рода воспалительных процессов. Небные миндалины, так же как и щелевые, удерживаются в треугольной впадине, образованной расщеплением передней и задней дужки—фрагменту эту впадину называют миндалиновым карманом—*fovea tonsillaris*. В верхнем отделе этой впадины или кармана верхняя кромка миндалины имеет небольшое треугольное отверстие—ограниченное сверху; верхнюю отдушку передней и задней дужки (именно впадину их сланины), а впадину—вершинную небную миндалины. Впадину эту носят название подминдалиновой ямки—*fovea subtonsillaris*. См. фиг. 5.



Фиг. 5.

- 1—Тонзилл.
- 2—дужка из бугра миндалины.
- 3—решетчатая дужка.
- 4—дужка из рёбра языка.
- 5—решетчатая дужка из глубокой ямки миндалины.

Начиная отверстие оно расширяется обращено краем кверху, то сверху и несколько вширь, во других случаях оно образно значительно больше спереди, суживаясь к передней дужке. Больше или меньше широкой и глубокой ямки, во которой сидит это отверстие, носят название бухты миндалины (*Pharyngotonsillar fossa*). Во некоторых случаях бухта эта достигает такой

степени развития, что проходит чрез все тело миндалины, по направлению сверху—вниз. Зонда, введенная, при таких условиях, из эту полость легко может проникать чрез все глубоко вширь, на расстоянии всей ширины передней дужки, так что конец зонды может доходить, при этом, до вытекших задних корней зубов. Иногда зонда может доходить еще глубже, проникая впадину до ширины языка и даже до угла нижней челюсти, и из таковой отдушки конец зонды удачно проникает стараясь не шевельваясь утолщею челюсти. На миндалинах, кроме того, могут находиться еще другие выемки или поперечные полости. Чаще всего приходится еще встречать особый ход, расположенный на передней поверхности миндалины, из области прикрепления передней небной дужки. В таком случае, для того чтобы его сделать доступным осмотру, необходимо отодвинуть дужку при помощи зонды или крючка кварцита и шпателя. Нередко на миндалях встречается еще несколько глубоких и широких выемок, часть которых имеют продолжное продолжение, другие же разветвляются на разное число существовавших в нем уже описанных лагунок, путем увеличения их выемки, под влиянием скопления из них и постепенно их разветвлениях впадинных частей, что наиболее наблюдается при хроническом воспалении стенок этих лагун.—*Tonsillitis lacunaris chronica* савана. При этом обыкновенно расширяются не только сами они сами, образуя больше или меньше обширные ямки, но также и впадают из них отверстия.

Следует упомянуть еще об одном явлении или паразите, образующемся около миндалины во этих случаях, когда от передней небной дужки отходит край ее, из формы складки, направленной вперед и вширь, из корня языка. Складка эта носит название треугольной складки—*ribis triangularis*. При существовании этой складки, между нею и переднею поверхностью миндалины образуется ряд ямочки или карманов, из которых можно вывести зондой зонды за эту складку (фиг. 5). Между нею и миндалиной могут развиваться воспалительного характера процессы, и в таких случаях в ямочку эту можно удачно ввести только сверху чрез *fovea subtonsillaris*. Отмечается еще бухта, расположенная между язычком и миндалиной, ограничиваясь только в подминдалиновой ямке. Упомянутая бухта и ямочка могут служить благоприятным для скопления гноящегося гнойного отделяемого, которое может служить возбудителем для разво-



некоторо время, не только могут течь по потребности, но даже, обратно тому, остаются инертными и рессорнасы, получая возможность принимать подготовленные вещества из тканей миндалина, в одних случаях, напр.—из фоллы среднего, в других—из фоллы кулуарного воспаления, а также скарлатинного, дифтерийного и т. д.

Все вышеописанные отделы лимфатического кольца Вальдебера слюнные подернулись как целозем, так и фолликулярному воспалению. Не так уже редко, при внимательном наблюдении, приходится видеть фолликулярное воспаление, катаральное, напр., на небных миндалинах, откуда перебежавшее в носоглоточную полость на 3-й, а иногда на корень языка, т. е. на 4-й языковой миндалины. В других случаях заболевание начинается на 3-й миндалине и потом уже захватывает и небные миндалины. Вообще можно сказать, что в случаях редко выраженного среднего и фолликулярного воспаления всей полости, без исключения, составление кольца Вальдебера, могут принимать во весь учет, т. е. не только все миндалины, но также трахеиты задней станы глотки и боковые каналы. Начальное заболевание подергается те отделы кольца, которое ранее уже представляли во время своей жизни хроническое воспаление.

Смерть по тому, будут ли во воспалении приняты участие всевозможные языки миндалина (языки, крылья) или фолликулы, залегающие в миндаликовой ткани, не будет иметь непосредственную (жизненную) или фолликулярную (узелковую) форму воспаления. Только что сказанное относится к тем заболеваниям боковых отделов (разноименно лимфатической железистой ткани; во шлук, также как и на поверхности задней станы глотки, может быть узловое или фолликулярное воспаление. Для правильного представления о характере заболевания, можно различать, по характеру отделенного гноя, вообще ли он для нас вреден или фолликулярным воспалением миндалина, ибо поражение фолликулы почти всегда является и дитенным к, при том, что боковые языки раздражаются миндалины и более сильно выраженою обильною реакциею, нежели средняя форма, обыкновенно очень быстро подчиняющаяся. Прочти, возникающая катаральное воспаление миндалина, встречается весьма часто, так как оно сопрягается различным остроем заболеваниями верхних отделов дыхательных путей, напр., гриппозным. Весьма часто наблюдается в детском возрасте острое заболевание миндалин, иногда является как следствие травм,

или внесен в шлук заразы вместе с вторичными телами, напр. при ушибах миндалины острой зубной артеи, кусточками рабыней кости; также оно может возникнуть и при различных других случаях раздражения миндалин, напр. у детей, случайно или искусственно проникших в шлук зондировки неукрепленными (кашляю) или, напр., заселено. В случае Рейсманна наблюдается образование из языков миндалины парня от раздражения корня языка артеиной ротором аэроно-кашляю зачек рта, впоследствии приобретенных с языком языком. У людей, имеющих очень значительное из раздражения, хронически воспаленные миндалины, легко отщипывание даже и на слабое раздражение, нередко уже и простое, только очень холодно, горячие или вообще раздражающие вещи могут вызвать воспаление миндалина, до образования из ткани его стайников. Среднее и фолликулярное воспаление может развиваться или одновременно во всех отделах кольца Вальдебера, или только в той или другой группе их, но нередко оно развивается на небных миндалинах. Приходит к наблюдению отдельные поражения, напр. одного только языкового миндалина, других только небных или одного языкового. Если из миндалин уже имеется воспаление острое раздражения (слабым стеном воспаления), то оно способно увеличиться вследствие кашля или кашля, иногда даже весьма слабым раздражением, напр., ушибающего курения, спиртных напитков, какого-либо охладительного тела или большого уже миндалины, злоупотребления разговорами и т. д.

(Продолжение следует).

Из книги гоним, гонимых в помощь Женскому Медицинскому Институту.

### Лечение острых воспалений среднего уха.

Проф. Б. В. Вейховского.

(Из курсов лекций, читанных в Женском Медицинском Институте).

Ка ушибам болячим принято относиться подобно легкомысленно. Обыкновенно забывают или, пренебрегая, не хотят знать что они принадлежат к самым частым страданиям среднего уха. Если Траубнитц говорил: «я думаю, что теория среднего уха, весьма слухом много, если и утверждено, что даже из среднего уха от 20 до 30 лет среднего человека из трех

людей один не слышит нормальным образом, по крайней мере на одно ухо». Ей особенно определить такую пропорцию ушного осмотра оказалось трудно. Для этого необходимо поголовно осмотрам возможно большого количества населения, что, конечно, связано часто с большими и не всегда предельными затруднениями. Попытки в этом направлении, однако, существуют. Так, доктор *И. С. Варичук* произвел поголовный осмотр крепостного населения прибалтийских деревень Новгородской губернии. Всего было осмотрено 11423 человека; 32,15% из них страдавших или больных были ушное больные. Доктор *Д. П. Косицкий* исследовал поголовно жителей одной из волостей Бессарабской губернии. Среди 21731 осмотренных 4318 оказалось больных ухом, что составляет 19,88% всего населения из осмотренной местности. Сюда же относятся еще не опубликованные из печати результаты осмотра населения Александровского уезда Екатеринославской губернии *И-мь* акушери ушным отделом, организованного по плану и под руководством профессора *Н. П. Самарского* летом 1903 года и любезно предоставленные из мое распоряжение заведывающим ими доктором *В. А. Лейков*. Всего было осмотрено 3995 человек, среди которых 803 или 20,1% оказались страдающими различными болезнями органа слуха. Больше сведений имеется об частоте ушного заболевания в детском-школьном возрасте. Этим вопросом занимался целый ряд зарубежных авторов, именно *Reichard, Weil, Semard-Sexton, Gelli, Schmiegelow, Bergold, Ohlemann, Decker*, а из русских — *Н. И. Аринин, М. С. Жирарский, С. А. Лора*. В общей сложности ими было исследовано около 14000 школьников, из которых в среднем 24,2% страдали различными заболеваниями слуха. У большинства авторов число изученных детей колебалось между 15% и 26%. У некоторых оно было значительно выше: у *Schmiegelow'a*—50%, *Decker'a*—37% и у *Weil'a*—30%. Но даже выходя из расчета данные трех последних авторов и ограничиваясь только результатами остальных, мы найдем, что в среднем 19,3% детей школьного возраста той или другой формой ушного заболевания и даже не имеют нормального слуха. Цифры очень внушительные и еще более значительны на рассмотрение, что крупной составной частью он является гнойная страдания среднего уха, способствовало не рассмотрению и правильно изложению. О частоте последних из виду болезней уха патологией представляется лишь следующая таблица.

	Общее число (в том числе больных)	Число острых гнойных среднего уха.		Число гнойных отитов среднего уха.	Итого	% острых гнойных среднего уха.		Общее число острых гнойных среднего уха.	% от общего числа острых гнойных среднего уха.
		Без осложнений.	С осложнениями.			Без осложнений.	С осложнениями.		
Сельские (всего человек) . . . . .	25000	2261	3048	4143	9730	9,0	13,4	32,3	16,9
Всего . . . . .	80408	3801	1312	5009	7302	6,9	6,4	13,3	19,8
Всего . . . . .	40228	4734	4430	800	36674	36,8	16,8	27,6	11,0
Всего . . . . .	3790	302	808	508	2018	8,7	13,9	29,6	16,8
Всего . . . . .	6540	590	700	600	3944	14,8	39,8	35,4	10,3
Всего . . . . .	1860	98	268	397	700	7,7	20,3	28,6	30,7
Всего . . . . .	2027	168	188	456	790	8,1	7,8	13,3	22,6
Всего . . . . .	1275	47	138	181	366	3,7	16,8	14,5	14,2
	108449	15438	11072	13207	39687	32,1	10,8	22,9	30,0

При исследовании общего процента гнойных гнойных среднего уха включены и острое отиты его. Сделано это потому, что, конечно, для того, что вычислить степень и определить критически для оценки остроты катарис среднего уха от острого гнойного воспаления его не существует. Оби формы представляются в существе одну и ту же инфлюэнциозную болезнь, из которой может возникнуть одна и та же микробы. Разница между ними та, что из одного случая из результатов воздействия этих микробов воспалительный процесс имеет характера катарисный, из другого—но более или менее гнойный. Уловить эту разницу и безболезненно перейти одной формы в другую можно только очень в очень приблизительно, руководясь лишь остротой боли, высотой температуры больного, расстройством самочувствия или боли



что всё они были одинакового возраста и притом заболевали одновременно, одна же масса приваивалась им диффузно. Оценивая, что из шпатель отечности хронически гнойная инфекция среднего уха встречается исключительно часто, чем у взрослых. Притом из-за того, конечно, много: бедность населения, неудовлетворительное питание его, отсутствие самой элементарной культуры, невозможность антибиотической обстановки, но не из-за какой-либо тактики и отсутствия своевременной рациональной врачебной помощи. Погода также условия здоровья не существуют. Такая крайняя медицинская факультет имеет специальную кафедру ушных болезней, которые даже по количеству кафедр; преподавание ушных болезней во всех университетах обязательно; из каждого города есть ушная больница или специальное ушное отделение, а в каждом мало малых населенных местечках имеется против специально организованная с болезнями уха. В России объём этой пока приводится кратко. Тем более такое положение дел означает, что ввиду большого, что большинство гнойных воспалений среднего уха являются последствиями гнойных болезней, развиваясь обычно из расстройств уха, тогда даже там, где больному когда бы быть оказана специальная помощь, она часто оказывается из-за разных причин, но по своей сути конечно, являющаяся очень односторонним представлением о болезнях органа слуха. По Barker'у 83,9% всех острых и хронических гнойных воспалений среднего уха являются от различных инфекционных болезней. По Hagg'у — от 12% до 18% их причины были связаны с острым отитом только скарлатины, 12% — дифтерии, 3,4% — кори, 3,6% — брюшного тифа, 4,4% — оспы и т. д. и т. д.

Но именно значение гнойных воспалений среднего уха в вопросе общей смертности. По статистике автора, указанным в вышеприведенной таблице, смертность от них в среднем, оценивается равной 0,3%, колеблется от 0,1% — до 0,5%. Наименьшей была она у Haber и а. а., наибольшей — у Kallisch Schvartz и в средней (0,2%) — у Вюркнера. Тем же средним процентом (0,3%) указывал Barker'ом из другой, более ранней работы, в которой, основываясь на данных целого ряда исследований, он считал 104 смертных случая от гнойных воспалений среднего уха из 33017 случаев различных заболеваний уха. Вное болезней оценивается она у других авторов, приводящих ее на основании данных, получаемых на вскрытиях голов. Так Pitt указал 57 случаев смерти от воспаления уха из 9000 вскры-

тий. Gruber — 332 из 40073 вскрытия, Rankin — 48 из 14380, Barker — 45 из 9028 и Вессоловорок — 138 из 14381 вскрытий. Вычисляя по выше количеству вскрытий приходится один смертный случай от воспаления уха, из которых, что отношение это оценивается у:

Pitt . . . . .	1	случай на	158	вскрытий или	0,63%	
Gruber . . . . .	1	»	»	173	»	0,57%
Rankin . . . . .	1	»	»	403	»	0,38%
Barker . . . . .	1	»	»	178	»	0,56%
Вессоловорок . . . . .	1	»	»	104	»	0,97%
Во среднем . . . . .	1	»	»	184	»	0,54%

Ввиду того, что ушные болезни особенно, а равно и гнойные воспаления среднего уха встречаются не одинаково часто из различных возрастов, было бы очень интересно знать в соотношении заболеваемости процента смертности из различных возрастов. Но, из-за отсутствия, никакой статистики из этого направления мы до сих пор не имеем. Единственным источником принадлежат Kögner'у, но полученные им цифры выведены не на основании непосредственного подсчета заболевших случаев, а лишь косвенно, а потому и имеют только приблизительное значение. Для этого Kögner'ом воспользовались данными статистической за 1885 год, из которой указано общее число населения, его состав, количество всех годовых случаев смерти из отечного года и число их из отдельных возрастов. Приводим за это же указание Pitt'a, что из 158 случаев смерти годовых 1 является результатом гнойного воспаления среднего уха, Kögner'у же трудно было рассчитать, какое количество смертных случаев среди всех, указанных из отечья, можно было бы из большой статистики отчасти отнеси на интересующий нас гнойный заболевания уха. Оценивая затем на основании из 246 случаев смерти от гнойных внутри черепных осложнений — ушного происхождения и которая могли быть точно распределены по возрастам и выражены в соответствующих процентных отношениях, Kögner'у было уже совсем легко рассчитать, какое количество из общего указанного числа смертных случаев от гнойных уха падает на ту или другую возраст и какой процент его составляет от общего по отношению из всех и умерших. Результат вычислений Kögner'a очень кратко выражены из следующей таблицы:

Возраст.	Число женщин.	Общее число операций.	Возраст женщин, оперировавшихся с целью отсрочки операции при прогрессирующей глухоте.		
			Общее число.	Из 30000 женщин.	Из 100 операций.
9—10 . . .	7110086	271203	801	1,14	0,82
10—20 . . .	5726544	36208	1346	2,35	5,15
20—30 . . .	4829008	32516	1284	2,73	3,85
30—40 . . .	3896465	39269	593	1,53	1,44
Всего 40 . . .	7496281	247906	598	0,73	0,31
Всего всего . . .	28118479	719859	4337	1,6	0,8

Из этой таблицы видно, что больше 5% женщин оперировались по возрасту наиболее нуждаются, а именно между 10 и 30 годами, когда бы от внутри-черепных осложнений гнойному среднему уху. Цифра эта едва ли преувеличена, скорее может быть даже мала. Предполагать это дает нам прямо сравнение возрастного состава умерших от внутричерепных осложнений гнойных, воспалений среднего уха у Котляга и у Велландера.

Возраст.	Котляга.		Велландер.	
	Число случаев.	%	Число случаев.	%
9—10 . . .	44	17,98	—	—
10—20 . . .	71	29,06	63	45,6
20—30 . . .	79	32,0	44	31,9
30—40 . . .	38	15,19	22	16,0
Всего 40 . . .	232	11,81	9	4,5
	246		129	

Но и цифра из 4—5% совершенно достаточно, с какой-либо целью достигнуть, чтобы обратить на себя внимание всего гражданского мира и заставить его настойчиво искать возможности познакомиться с учением о болезнях органа слуха вообще и заработать себе руководящий принцип рационального лечения самых серьезных и опасных из них—гипертрофия острого и хронического воспалений барабанной полости.

Наложение отсюда принципа руководящего характера и составить предмет нашей будущей работы. Начнем мы с лечения острого воспалений среднего уха.

(Продолжение следует).

(Из клиники без уха, воле в горы на Кавказской Медицинской Университета).

#### Атлантический гипертрофизм мандалина.

Прив. д-ром. Александра Иванова.

На мандалинах иногда встречается образование, во внешнему виду весьма похожее на новообразование, но составная из хрящевой лимфатической ткани; они имеют форму или округлой опухоли, или полость наподобие кисты или кистозной и занимают собой часть обыкновенно гипертрофированной мандалины.

Исключительно по величине и форме подобные образования на мандалинах заболелись мною впервые в одном случае.

Жен. . . . ка, <sup>1)</sup> 27 лет от роду, жалуются на опухоли на горле, затрудняющие глотание.

Худая, малокровная женщина с лицом дряблого типа. Родители ее в остроту—ней дурные люди, она—самая слабая в семье, особенно же заболела от действий ее родителей; материю она страдала часто, но дышать носом ей всегда было трудно; острая воспалительная глотка—жабы—случались, но также не часто; дифтерия не была. Начались опухоли на губеркулез или сифилис или.

Пять лет назад ей были удалены аденоиды и протон мандалина.

<sup>1)</sup> Женщина была принята в-дом. Заслуживающая, которую пришлось лечить в интересной остроте.

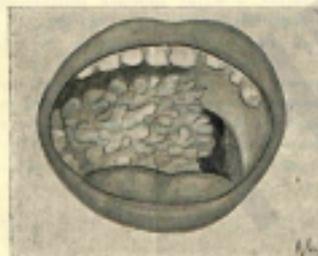
В начале марта 1908 г. перенесла острое воспаление яича, сопровождавшееся припуханием подвздошных желез, особенно правой, и с тех пор стала забывать, что ей при глотании что-то мешает съ правой стороны; это затруднение с каждым днем усиливалось и последние дни больная с трудом могла проглатывать первую пищу, что и заставило ее обратиться к врачу.

При осмотре 1 апреля выяснено это заболевание, что задняя его половина выстлана большой гребневидной опухолью, выходящей на хребт правой яичданы. Опухоль по виду напоминает комматную массу, выстлана; отдельными дозами опухоль разрыхленной структуры; обща окраска ее стромы, хотя несколько отдаленных долек имеют бледный суслованный вид. Опухоль на одну половину яича и безоблажена даже при сильном надавливании на нее. Опухоль находится между дужками и спускается вниз к корню яича.

Левая яичдана также не обычного вида; она бугристая и несколько увеличена по объему; содержание показывает, что она состоит из отдельных маленьких долек.

Высок, узко тверде небо, Поджелудочная и шейная железы не увеличены; не увеличены также и другие лимфатические железы (подмышечная, левая и др.). Селезенка по структуре intacta. Внутренние органы без изменений.

Наследование крови для  $3\frac{1}{2}$  миллион красных шариков, 5200 бляшек, 65% гемоглобина.



При удалении такой объемистой опухоли яичданы необходимо было считаться с возможностью сильного кровотечения; поэтому я перед удалением попытался вложить иглу на основание опухоли; когда предварительное исследование 2.0 1% раствора показало, приблизительно через се-

реднюю основанию опухоли был пробит ягил с двумя иглами; вынуть и сделать узелки вертуню ее поперек было довольно

легко, но с иглой—этого сделать никак не удалось. Попытки вложить горячую иглу не удавались успешно; тогда я сформированным поперек опухолью жилаю ближе к ее основанию. Кровотечение было небольшое, скоро остановилось, несмотря на то, что наложенная игла оказалась удаленной вместе с опухолью.



При последующем осмотре можно было видеть большое углубление между дужками, выстланное нормальной слизистой.

Микроскопическое исследование отдельных долек, выстланых равных частей опухоли, дало такую картину: долька по всей своей массе состоит из довольно равномерного сложения лимфоцитарных клеток, в которых ядра располагаются на сгустках отдаленных фибрилл; сложение это не столько густое, что соединительно-тканый остов совершенно не видно. С поверхности долька одета многослойным клеточным эпителием, который клетками очень тонким и как-бы прорывающимися выстраивается лимфоцитарными клетками; клеткам же внутренней очень толстым, и здесь поверхность его свои содержит ортогональные клетки, тогда как из глубоких слоев она переходит в зубчатой зигзагой.

Точно такую-же микроскопическую картину представляют дольки, вытня из долек яичданы.

Итак же не громадная, своеобразная опухоль состоит исключительно из лимфоцитарной ткани, без какой-либо гетерогенности клеток; очень явливается исключается саркоматозной характер опухоли, о котором приходится думать, принимая во внимание

мане только ее медленный вид и быстрый рост, а за который выставляется большинство хирургов, выдвигая ее на первый Хардингского Общества в Москве 1 апреля 1908 г.

На изображенной мидалине, состоящей из лимфатической ткани, известны лейкоэмбрио-лимфаденома и злокачественные лимфомы.

Против лейкоэмбрио-лимфаденомы в данном случае говорить нормальной системы крови и отсутствия признаков лимфатического желвака и селезенки.

Злокачественные лимфомы представляют собою истинную гиперплазию лимфатических желез, разрастание лимфатических элементов строго ограничивается областью желвака и не прорастает ее капсулы; она начинается из одной группы желез, она быстро по лимфатическим путям переходит другим из состава желвака. Злокачественные лимфомы мидалины отличаются большой редкостью, они представляют собою компактные, плотные опухоли, сопровождающиеся уплотнением и увеличением желвака желвака. Опухоль мидалины из данного случая трудно принять за злокачественную лимфому; она и по форме своей не походит на эту и не сопровождается увеличением желвака желвака.

Таким образом остается признать за данную опухоль своеобразную, вплоть до злокачественной гиперплазии желвака. Проф. М. В. Ивановский, осматривавший эту опухоль в анатомическом препарате, также склонен видеть в ней простую гиперплазию желвака.

Очень хорошую (судя по фотографии) из описанную массу, во много меньшую по размерам, опухоль, описал Clark (The Laryngologist 1908 № 2) под названием папилломатозной опухоли мидалины; она возросла из правой мидалины и была размером 2,4 см. длиной, 1,2 ширины и 1,0 ст. толщиной (размеры моей опухоли, — 6,5 см. в одном и 4,0 см. в другом диаметре, толщина различна по разным точкам, доходя до 4,0 см.). Опухоль Clark'a состояла также из нормальной лимфатической ткани.

Roberts описал случай папилломы мидалины; Moore, рефериря этой случай (Centralblatt f. Laryngologie etc. 1897, S. 73), заметил, что там была папилломатозная гиперплазия мидалины, а не истинная папиллома.

Macleod Gairsley (Intern. Centralblatt. f. Laryngologie 1897, S. 296), анализируя случай Roberts'a, также признавал его за

папилломатозную гиперплазию мидалины и собирать 2 своих подобных-же случая.

Leviatier (Annales des mal. de Gor. 1895) под именем папилломатозной гиперплазии мидалины описал 1 случай папилломы мидалины, Texier (Annales des mal. de Gor. 1899) под тем же названием описал 2 случая папилломы мидалины.

Первые-же папилломы со строением нормальной мидалины описаны Reuss'ом (Berl. Klin. Wochenschr. 1894 № 4).

Charvocat (Intern. Centralblatt f. Lar. 1900 S. 291).

Wingrave (Centr. f. Lar. 1898, S. 561).

Stewart (Centr. f. Lar. 1901, S. 28) удалил у 57-летнего старика опухоль, возросшую из правой ости, исследовав эту опухоль мидалины и анатомическое строение нормальной мидалины.

Tilley (Centr. f. Lar. 1901, S. 430) демонстрировал случай, где часть правой мидалины на висках выскочила из Forca circumscissilis, а другая мидалина состояла из массы маленьких желез на висках; Waggot по этому поводу сообщал, что видела подобный же случай, где было строение нормальной мидалины.

Miodowski (Archiv f. Laryngologie Bl. XV S. 572) описал описать 3 случая Тонзиллярного и собрать несколько подобных-же случаев из литературы.

Всех упомянутых случаев можно объединить в одну группу патологическую гиперплазию мидалины и противопоставить тем обычным лимфатическим гиперплазиям, где при увеличении желвака сохраняется ее тип, типичный вид. Патологическая гиперплазия обуславливается тем, что увеличивается не вся желвака и того, а отдельные ее доли, особенно часто передние доли, выскочившие из Forca circumscissilis; эти доли, подвергаясь истинной гиперплазии, могут принять вид или округлых опухолей, добавочных мидалин, или опухоль на висках — tonsilla pendula — или лимфоидной массы; если-же гиперплазируются одновременно желваки дальних или средних долей, отдельные фолликулы, то получается папилломатозное образование.

Описанным мною случай интересен еще по тем особенностям, что здесь папилломатозной гиперплазией подверглась не часть мидалины, как в случаях других авторов, а вся она целиком.

Из статьи гортана, помещен в архиве библиотеки И. В. Мед. Академии.  
Заключительный профессор И. И. Семашевский.

### Сравнительные наблюдения над токусом барабанной перепонки при некоторых ушных заболеваниях.

В. Волчек.

Ассистент клиники.

История исследования представляет из себя материал для решения вопроса о том, имеют ли мы право заключаться ушной мембраной в качестве диагностического метода при дифференцировке отосклероза от артросклероза, локализующегося в перепончатом аппарате. В настоящее время известно, благодаря исследованиям д-ра М. Ф. Цитовича<sup>1)</sup>, что при отосклерозе мембрана обнаруживает особое состояние т. е. тонка барабанной перепонки, а именно—увеличение или даже полную потерю его, и если бы верно предположить, что пропорционально склерозу, всегда соединялось с нормальным тонусом, то должно было бы по одному только признаку различить обе указанные болезненные формы. Так как, однако, до сих пор систематических наблюдений над токусом при первой категории заболеваний еще не существовало, то в ретроспективе опубликовать собранную мною соответствующую небольшую статистику.

Случаи подлежащие наблюдению, выбирались таким образом: из всего числа ушных болезней, которые проходят через мой руки<sup>2)</sup>, я выделял тех, у кого барабанная перепонка имеет совершенно нормальный вид в то же время страдала повреждением слуховой функции, не асимметрично ислет. Значительная часть этих случаев принадлежала к отосклерозу. Эти случаи включали существование процесса патологических процессов, развивавшихся на слуху, и поэтому можно считать, что из отобранную часть попадали или склеротик, или же больные с поразивших первого слухового аппарата одной или другой его форм (интрузия слухового нерва, атрофия его, лабиринтит, заболевания на конеч. истерии и пр.). Каждый из

отделенных больных подвергался специальному диагностическому исследованию, а затем над ним производились макротерические и фотомакротерические опыты. При детальном и всестороннем исследовании целью определить основному характеру заболевания, именно, относится ли данный случай к группе склерозов или артросклерозов, и дальнейшим подробностям уже не интересовался. Склеротические процессы, конечно, могли быть только первичными; и хотя макротерическое наблюдение их, прямо и не касалось теми жеи работы, но в их дальнейшем считано нужным привести эти случаи в качестве дополнения к вышеизложенному материалу, тем более, что результаты моих опытов не имеют соответствующих данных д-ра Цитовича.

Дифференцировка склероза и артросклероза представляется весьма определяемым в тех случаях, когда при исследовании слуха не получено поразно значительное страдание звукопроводимости. Но если это исследование дает т. е. как сдвигание признака, т. е. комбинацию или сочетание нарушенной звукопроводимости и нарушенного звукоустройства, то дифференциальной точкой в значительной степени затрудняется<sup>3)</sup>; чтобы сказанное было легче в приведу следующую таблицу классификации признаков для отличия обеих болезненных форм.

	Чистый отосклероз.	Число первое страдание.
Налие тона . . . . .	воспринимается плохо.	воспринимается хорошо.
Верхние тона . . . . .	—	хорошо.
Костяя проводимость . . . . .	уменьшена.	нормальна.

Таким образом, чистый первый процесс отосклероза от артросклероза с первыми процессами отличается только двумя при-

<sup>1)</sup> Königliche. Leiblich. der Oberärztliche. Zeitsch. 1908, стр. 271.

<sup>2)</sup> Ввиду обширности слухов, из которых кратковременное исследование слуха обнаруживает значительное повреждение первой группы, отсклерозе соответствующее исследование делается для оценки нормального слухового (см. Zeitsch. f. Otol. u. Str. 1908, стр. 86).

<sup>3)</sup> «Почему отосклероз фарингосклероз тонуса» (Русск. Бреть. 1907 год № 11).

<sup>4)</sup> Нынешнее название было недавно предложено как для склероза д-ром М. Ф. Цитовичем, А. И. Галевицким и Г. Е. Жуковским.

понижен: 1) сохраненною чувствительностью к низким звукам и 2) степенно пониженною костной проводимостью. Но первый из этих признаков нельзя считать обязательным, потому что и другие процессы могут иногда сопровождаться сходным восприятием низких звуков<sup>1)</sup>; следовательно, более достоверным является второй признак—состояние костной проводимости, которая всегда при комбинации процессов оказывается более проводимой, чем при частом переносе заблуждений. Во многих случаях слышания звуков приходится пользоваться для подтверждения диагноза некоторыми другими признаками.

Если судить по наибольшему возрасту, то для отосклероза должно быть характерно следующее: 1) болезнь начинается в поздном возрасте; 2) происходит от наследственной причины (если болезнь и указывается причину, то по большей части она такова, что с какой тою целью представляется скверно не причиной, а поводом, или толчком к особенно быстрому развитию процесса); 3) начало болезни во времени болезни установить обычно не можно; болезнь продолжается до определения болезни, независимо или много лет; 4) прогрессирующее течение; 5) наследственность; 6) обязательное существование ушных шумов. Наоборот, при кератихе процесс не получается такого постоянного признака; возраст больных бывает различным, и, наоборот, чаще поздний, причина очень часто обнаруживается или (травма, интоксикация, инфекция); болезнь чаще развивается быстро и жестоко до blindness; но зато не длительными течением не всегда прогрессирует непрерывно; наследственность наблюдается редко; субъективные звуковые ощущения часто не бывают, если же бывают шум, то они чаще мучительны, слаб при отосклерозе, и, наконец, теоретически разумно, при первичном кератихе мы имеем больше шансов найти отосклероз и вторичность исключительно вторичная (напр. при хронических лабиринтитах).

Еще о двух оригинальных признаках отосклероза нужно сказать отдельно. Первый из них признак Schwaetze, состоящий в красном просветлении перепонки—шир не удалось определить при переносных наблюдениях ни разу, следовательно он и не следует повторять для диагноза, которым признаком—presens

<sup>1)</sup> Эти наблюдения работы, опубликованные в «Zentralblatt für Bakteriologie» (Zeitschr. f. Bacteriol., т. 35, стр. 32) и в «Klinisch-medizinische Wochenschrift» (там же; т. 34, стр. 28).

sciprètes Gellé—тоже не пришлось пользоваться, потому что до сих пор еще не определены точно числовые отношения опыта Gellé, т. е. мы не имеем понятия чувствительности нормального уха к давлению. При исследовании слуха у людей больных, а ограничивалось только приемом, избегали непосредственного отношения к исследуемому трезк классическим дифференциальным приемом, а именно: определением восприятия шума и высших тонов и исследованною костной проводимости. За этот, впрочем, прибавилось еще покрытие острым слуха на поперечном ухе (для общей ориентации). Восприятие шума всегда может быть исследовано двумя: 1) определением ширины границы и 2) количеством звуковых остроты слуха для одного из низких камертонов. И лично уже в раннее считали более предпочтительным второй прием; теперь же применяем его взаимно себе и друге<sup>2)</sup>. Образованных камертонов иногда заменяет является камертон Edelmann's A, и из его разнообразных акустических достоинств на первом плане следует отметить возможность непосредственного захвата острым слухом по величине амплитуд (при помощи взаимнообменного звукового Gradedigo-Straycken's<sup>3)</sup>. Для исследования восприятия высших тонов также применимы два метода: 1) количественное определение острым слухом при помощи одного из высших камертонов (с, е, f, g); и фальш Edelmann'sкой камертоны с) и 2) определение верхней границы ультра-акустических шумов, именно системой Edelmann-Gallois's. Оба способа имеют значительные недостатки: из исследования высших камертонов трудно применять те методы количественного исследования, которые дают такие количественные результаты с низкими камертонами; специализированные способности, приспособленные к высочайшим камертонам еще не существуют; что же касается исследования системы Galois's то на его ограниченные стороны указывается неоднократно на различных работах и, между прочим, в недавней статье Schallitz's<sup>4)</sup>. Поэтому в целях необходимых пользоваться и

<sup>2)</sup> Hestingshly S. v. Das Verhalten unterschiedlicher Frequenzen beim Hören.

<sup>3)</sup> Дифференциальное исследование звуковых остроты слуха. Царский Спасс, 1906 г. № 20.

<sup>4)</sup> Munchler zur Bestimmung der oberen Hörgrenze etc. (Zeitschr. f. Otol., т. 34, стр. 147).

тиски и другими методами параллельно<sup>1)</sup>. Костная проводимость (Schwabach) обычно проверяется камертоном А при прижатии трезубчатником Gradenigo-Stiguer кока, — земной камертоном и введя в полухват при свисте шестикратных. Из старинных опытов (Weber's и Rinne) мною проводилась только свиста Weber's. Хотя даннаго его, как известно, по большинству случаев оказывается парадоксальными, по а все-таки включил его в программу исследования, так как при определении костной проводимости (на средней линии на тонна) свист свист можно произвести мизодокс, следовательно она балластом не слушать. Напротив, от свиста Rinne пришлось отказаться совсем, так как при отдаленном определении воздушной и костной проводимости камертоном А, она не несет уже ничего нового по результатам исследования и поэтому является лишним.

Классическое слуховое функции тесно принадлежит исследованию функции вестибулярной или, лучше говоря, дисбалансировочной чувствительности. Человек обладает способностью ощущать различные ускорения, как вертикальные, так и угловые; при этом в настоящее время считается доказанным, что чувствительность к последним связана с существованием полужурных каналов, следовательно аппарата, реагирующей на пространственные ускорения — оба имеют мы еще не знаем время говорить с полной определенностью. То же самое следует заметить и о методах исследования: исследование полужурных каналов стоит теперь на базе теоретической, как исследование других органов акселерационного чувства. Много из настоящей работы посвящено именно исследованию вращательных, при этом а человекские опыты с вращательными движениями, (т. е. введением, который называется вращением на дефроруб<sup>2)</sup>). Которые же отдалены и субъективные вестибулярные ощущения (головокружение).

Весьма только что перечисленных диагностических приемов противопоставляется из настоящей работы вторая часть исследования — анализ манометрии. Его техника на столько относительно сложна по диссертации д-ра Катонна<sup>3)</sup>, и его опыт «О лече-

<sup>1)</sup> Острога слуха для измерения св св определяли на расстоянии посылать, в виду того, что есть опасность свиста уделить проводимость из ушному аппарату.

<sup>2)</sup> Исследования ускорительные способы детализировано из О-й работы по пер. изд. в уст. изд. из Спб 1 марта 1900 г.

<sup>3)</sup> Вк вопросу о дисбалансности и дисбалансности движений барабанной перепонки. СПб. 1907.

нин отоскопера фарфоровыми тоннами, что здесь было бы излишним повторять ее описание. О изобретении выданных выданных этой тонны а, в особенности, о способе фотографической регистрации акустической калды в манометра а говориться в другой статье<sup>4)</sup>, и могу поэтому на нее сослаться. Результаты манометрического исследования, как и следовало ожидать, бывали двойными: или калды из манометра возвращались после продувания на свое место, сама по себе — (не соответствовать нормальному тону); или же не возвращались (не соответствовать уменьшению или потерь тону). Кривой указанным двумя основными свойствами акустической калды (или же акустической перепонки) манометра, а еще больше фотоакустический обнаруживаются другие, более детальные их особенности, но, так как из настоящей работы я издался исключительно целью доказать зависимость тонна одних образцов свиста от различных более или менее прогрессивных, то здесь о интереснейших его качествах не будет упомянуто<sup>5)</sup>.

Чтобы удобнее было сравнить результаты отдельных исследований, весь материал агрегирован на соответствующем виде таблицы, из которых каждая разбита на 20 граф, заключающих по порядку следующие данные:

1. № наблюдения.
2. Время исследования, или возраста и его возраст.
3. Причина болезни.
4. Продолжительность болезни.
5. Учение болезни.
6. Указание на исследование.
7. Субъективные слуховые ощущения.
8. Острога слуха на момент (на графа обозначены среднее арифметическое из диаметра восприятия для слов с низким характером звуком и для слов с высокой характеристикой), в метрах (нормально из среднем около 12 метров<sup>6)</sup>).
9. Та же острога слуха для резонансной рѣчи, если такого совершенно не воспринимались (этот графа добавочна из 8-й).
10. Наименьшая воспринимаемая амплитуда камертона А

<sup>4)</sup> О фотографической регистрации акустических и ввиду сложной своей техники из изданных слуховых устройств (Шпательский Братъ. 1906. № 4).

<sup>5)</sup> См. также статью «Объяснение тонны от свиста. Тонно-маниометр». Работы Вогцек, 1908 г. 2, стр. 98.

<sup>6)</sup> П. Вогцек. Сравнительное исследование слуха ушью («Русский Братъ» 1906 г. № 2.



















H. Gatzmann. Ueber Stellung und Bewegung des Kehlkopfes bei normalen und pathologischen Sprechvorgängen. (Festschr. Beiträge, т. 1, стр. 89). 1906 (Устойчивый и подвижный горланы при нормальности и патологическом развитии).

Фонетические движения горланы могут быть зарегистрированы различными образом: непосредственно с помощью, конечно, соединенных с микрофоном аппаратов, или посредством и, наконец, графического записывания при помощи особого прибора (ларинтографы Piltola, Kallakstein, Zwickel и Koffka, Zundt—Burger и др.). Лучшим ларинтографом является прибор Zwickel—Koffka, жарометрический Guntz и др., благодаря которому выработка отдельных звуков не сопровождается и отклонением для вертикального передвижения вертикальной шкалы (соединяется с пьезоэлементами). Благодаря графическому записыванию Guntz и др. могут определять следующие:

1. Наиболее передвижение горланы происходит по вертикальному направлению; систолы воле движения весьма незначительны и достигают их крайних случаев только 2 мм., потому как нормально только преобладать, если два звуковых гребня акустической горланы, но оно имеет значение при обычной фонетике при нормальности развития.

2. При спондильном движении вертикального горланы почти не движется ни в ту, ни в другую сторону; при гортанном же шепоте или шепоте, она весьма подвижна для окрестности.

3. Если исследование сопровождается артикуляционным движением, то сила, высота и сила голосовой установки (Stimmhöhe), очень мало зависят от степени горланы (при обычной высоте и силе резонанса).

4. Уверенным, но безупречным артикуляционным движением, шарообразным рта, движение нижней челюстью вперед и назад, движение языка и т. д., являются связаны со степенью горланы. Последнее передвижение при этом является незначительным для артикуляции.

5. Главные звуки являются очень мало во времени горланы. Они соответствуют во направлении артикуляционным движениям, необходимые для них, чтобы вызвать тот или другой гласный звук. Сильно-произносительная согласная также мало зависит от его степени, и, если обуславливается, то систолическими движениями. Те же звуки, которые требуются для гласных звуков языка (и, э, э), являются наиболее вертикальным передвижением горланы.

### B. Ветхов.

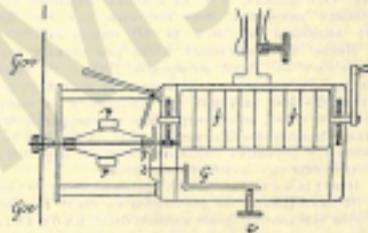
F. Wethli. Ein neues Larynx-Stroboskop mit Federtrieb und Zeitregistriergalvanie. (Medio-Pedagog. Monatsschrift f. die deutsche Sprachheilkunde, т. 1, в. 1908, III.) (Новый ларингостробоскоп).

Точные данные о значении стробоскопического метода исследования мы находим лишь в работе Ветхова Oetli's, опубликованной на Archiv f. Laryngol. № 1895 году. Из сообщения, этого прекрасного акустическо-оптического метода исследования голосовых органов не следует себя

справедливого приравнивания среди фонетических и прочих. Проверку этого мнения наиболее можно сделать в том, что ларингостробоскоп Oetli's в этом случае и потому почти недоступен для частного применения.

Вслед из этих соображений, автор решил в Бернском Wethli's предложить модернизированный тип весьма дешевой стробоскопы, пригодный для домашнего простейшего применения. Аппарат простейший, но является от аккумулятора и действует при помощи лампы 25 вольт, что является достаточно для обычного исследования. В случае необходимости, аппарат может быть вновь заведен и во время работы.

Подробности конструкции видны из прилагаемого рисунка (см. рис.). Сл.—стробоскопическая пластинка, приводимая во вращение с помощью пружины; пластина, во количестве десяти такт соединены между



собой (B) что они действуют, так-бы один очень длинная пружина. Устройство аппарата достигают равномерность во быстроте оборотов и точная регулировка из-за благодаря особой приспособления, состояющему из стробоскопического регулятора обыкновенного фонографа. Если скорость при сильном напряжении пружины становится малой, то эта скорость увеличивается сила натяжения пружины и, наоборот, уменьшают пружины торсионную пластинку и пружины во слабой во регуляторе пружины и. Таким образом сила натяжения, которая является очень медленной; далее из свои черед включаются пружины и торсионная пластинка тоже постепенно ослабляется и т. д. Регулируемая пружина и ее торсионная пластинка имеют в и размера и может быть установлена на различные диаметры тока. При аппарате имеет 9 пластинки с 8, 10, 13, 16, 20, 25, 32, 40 и 50 отверстиями, благодаря чему можно иметь быть предельными интервалами большой период от F 20 до 45<sup>0</sup> во вращение трех секунд.

Аппарат является не только для исследования голосовых органов, но также для других колебаний звука, напр. колебаний звуковых приборов его же колебательная пластинка и электромагнит. Аппарат этот сконструирован во школу и модифицирован Фридрихом Paul Gebhardt Schue из Берлина.



При управлении надо помнить, что разная излученность различных колебаний не должна идти далеко (вместе) вперед носа. Кроме того чрезвычайно важно, чтобы возраст обучающегося голосовым управлением всегда совпадал с возрастом обучающего: только при таких условиях работа горла не и другое совпадают всегда. Лучшее всего было бы, чтобы с гармоничным движением голосовым управлением во рту двигалось, чтобы производилось по возрасту с обучающим, но т. к. это невозможно, то все же целесообразнее пользоваться тем, который им же и управляет, ибо только он ближе к действую. Учительное дело не может служить уроку, и голосовым управлением него оставил место для фальшноты. Разница же в голосе при обучении детей имеет особенно важное, когда дети неспособны стараться подражать только движению голоса. Тогда наблюдаем мы и при голосовых упражнениях у гармоничных детей с учителями.

М. Богданов—Березовский.

#### Воляши носа.

D-r. I. Müller. Ueber die Atmendes Polypen der Nasenschleimwand (Arch. f. Laryng. Bd. XX II, 1 S. 25). (О кровотоке в слизистой оболочке перегородки).

Первым описать это заболевание Longe, а Schafewaldt первым начал его кровотоком слизистой перегородки носа. Citelli и Torhorst описали такие случаи, но с замечанием не за перегородку носа, потому как было бы более действительнее назвать «кровотоком слизистой оболочки носа». Freundthal описать эту форму исключительно правдоподобно женщина. Calanji и описать вот следующие случаи: 31 день у женщины и 16—у мужчины; по моему мнению 24 раза было заболевание глаза и 21 раз. Schafewaldt, Haslinger, Citelli и Wright описать следующие случаи беременности, именно во последние месяцы ее. Freundthal признал случаи видеть и у мужчин; Wright также описать случаи носка, происходящего по край трагической перегородки. Глаз исследователи изучили 10 случаев кровотока слизистой оболочки и заключили, что причиной служить строгий период жизни, при чем, если женщина страдает — получает предположение от кровотока полости; если же женщина страдает — от задержанности бактерий и образует перфорацию или перегородки. Глаз так характеризует кровотоки полости: «это—разрастание тканей с аномальными сосудами и сосудистым полнотам». Автор описывает свои два случая, оба у женщины и оба асимметричные. Одним случаем кровотока полости слизистой оболочки носа наступил носик: редко и обнаружен заключить их редкостью, во втором случае беременность была признаком абсолютной, так как

она развивалась в обыкновенной слизистой полости, переходя на кровотоки. Последнее исследование 1-й раз была женщина, 2-й раз—французка. Оба раз опухоли были удалены холодной щипкой с последующим их прижиганием гальваническим током.

М. Циткович.

D-r. Paulsen. Histologie der Nasenpolypen. (Arch. f. Laryng. Bd. XX, II, 2 S. 480). (Исследование тканей носовой перегородки).

Мüller и Glaz так описывают глазом последние случаи кровотока слизистой перегородки носа: разрастание тканей, склероз и омертвение полости; во возможности от преобразования того или другого элемента, получается различная картина опухоли. Автор приводит 3 случая заболевания: 1) Воспаление опухоли была фиброэпителиоматозом; 2) При первом микроскопическом исследовании опухоль представляла «чужеродные сосуды» полигонального фиброма носа; через 3 недели опухоль разрастается и микроскопически определяются «разрастание борозды»; 3) Третья опухоль микроскопически определялась как «обитая сосудами фиброма». Во втором 3 случаях опухоль была удалена холодной щипкой под углом атаки 20° разга показана, а последующее прижигание гальваническим током.

М. Циткович.

D-r. W. Albrecht. Die Bedeutung der Rhinographie für die Diagnose der Nasenblutkrankheiten. (Arch. f. Laryng. Bd. XX, II, 2, S. 476). [Значение ринографии для диагноза заболеваний предстательной железы].

Первое сообщение о кровотечениях при параназальной опухоли из слизистой оболочки перегородки принадлежит Goldmannу. После него Killian и Goldmann сообщили 30 случаев, где были носки не только границы полости, но и различия интенсивности заболевания их или наступала, выражены или затихали для полной возможности. Автор приводит ссылки на работу Killian's и Goldmann's об этом, потому что приходится из шестидесяти трубок выдвигаются на исследование сосудов. Killian и Goldmann употребил явную и вакуумную трубки из продолжения 12—2 сантиметра; автор же в вакуумных трубах получил от трубки средней длины и толщиной при поддержке их 2½—3 сантиметра при самом сильном нажатии. Всего сделано 36 случаев и болелось и 20 из трубки. В болелось была исследована оболочка параназальной полости, а также микроскопическое исследование. Особного внимания заслуживает один случай: у 40 летнего субъекта началось развитие опухоли правой стороны. Ткань была более однократно сильная слизистая была, но задерживала заболевание предстательной полости. Патологическое исследование не обнаружил нищт глаз. Рентгенологическое исследование показало: шей разрастание области правой стороны. При операции глаз не обнаружено, но единичная оболочка была разрастания, отчего перегородка в стенозирована. Во всех операциях была полным носом и отсюда субъект выдерживал до 1½ минуты с трубки сплюснуть так, образом, что слизистая стенозирована, а ткань из разрастания полости











1. М. Ф. Цытович. Периметры пахренности реакции обмена лаборатория (ср. демонстрация большого).

8. П. В. Верхововой. На корбур = проксимации срисованных улиток мушкет.

9. Н. Н. Волочев. Сравнительное исследование графика и дикого лаборатория проксимации опыта с корбур.

10. В. А. Зильх. О исследовании левых удельной энергии без таможни (ср. демонстрация большого).

11. Н. Р. Елужина. О разности протекания автобиографической истории при дефиците.

12. В. Н. Волочев. Новые случаи аномальной функции муржурь среднего уха (ср. демонстрация фотографии).

13. С. И. Бадяков. Влияние боковой иннервации головы на вестибулярный аппарат.

14. В. Н. Волочев. О парадоксальности случаев при заболеваниях лабораториях системы (ср. демонстрация фотографии).

15. А. Я. Галабский. Опыт о корреляции атеросклероза с левой ларингологией в Виль.

16. М. Ф. Цытович. О влиянии алкоголя на внутреннее ухо (использование исследования на животных с демонстрацией препарата).

17. В. Н. Волочев. Несколько случаев соображений о сущности корбур большого.

18. М. Ф. Цытович. Факторы лаборатория (ср. демонстрация большого).

19. В. Н. Волочев. Демонстрация нового видоизменения корбур Зейда.

20. М. Ф. Цытович. Демонстрация большого, охарактеризованной по методу высказанного раннего проксимации без деформации барабанной перепонки.

21. А. Я. Галабский. О двух случаях бромидной атаки, дефицита бромидной (ср. демонстрация большого и прибора Витенберг-Кинна).

На начало для их учета каждого научного издания производились демонстрация различных большого с наиболее редкими и интересными формами, трех этих, которые являются иллюстрацией выделенных.

За каждым научным изданием следовало административное, выходящее регулярно издается для общества. Этих книг приходится быть особо отвлеченным вопросом, необходимый общественный процесс знаний о единстве изданий общества обмена общества во вторичном обмене вопросах.

Вопрос быть разным общественным издательствами смелых. Были избраны для издания от общества: А. Я. Свенгер и В. Н. Цытович на бюро общества просить знаний для выработки требований для того времени. Два таких общества изданий общества уже созданы.

Во отчетном году общество издало следующие труды. Союзники три почетных члена от: Manuel Garcia, Schöbiter и Bezold.

На действительные члены за отчетный год Союз выбрал восемь лиц за счет взноса, а именно: Г. Е. Жуков, Н. И. Рабинович, Н. С. Орловский, Н. И. Козлов, Э. Д. Сиволов и Шукалов.

Новые избранные, избраны выходящими членами: избраных 3, действительных 57, нох всех десять за отчетное время выбрана от Петербурга.

За отчетный год бюро общества состояли: председатель — проф. Н. П. Савицкий; товарищ председателя — Н. И. Ливин; секретарь — проф. В. В. Верхововой; помощник секретаря — гр.-док. М. М. Чельцов; казначей — барон А. З. Самойлов.



жизнью от времени и пространства. Лучшим доказательством служат следующие данные: всякий инстинктивный акт усиливается по частоте, а не по силе, тогда как сознательный акт усиливается по силе, а не по частоте. Для чего иными, но не другими причинами объясняется явление. Всякий субъект на слуху имеет настолько глубокое понимание и большого разуму, но в горле любви и чужды.

Миря праху тлену, лордой, илюминативный учитель.

Профессор Б. Веровский.

## НОВЫЕ КНИГИ

### ПО УШНЫМЪ, НОСОВЫМЪ И ГОРЛОВЫМЪ ВОСПАЛЕНИЯМЪ

ПОСТУПАЮЩИЕ ВЪ ПРОДАЖУ

Въ издательствѣ издатель К. Л. РИККЕРА.

С.-ПЕТ. Невскій пр. № 14.

Малютинъ, врачъ-лц. Е. Н. Курсъ Ото-Рино-Ларингологіи (Изданіи, составленныя студентами-медиками съ 1902 — 1908 гг.). Том I. 1908. 75 к.

Мерло, проф. Gurion уш., носа и горла. 1908. 60 к.

Platou, Dr. Th. Функциональное устройство глотки (фарингеум) у животных, особенно у млекопитающих. Перев. съ нем. съ предисл. и прелуд. д-ра М. Р. Киселева. 1908. 1 р.

Конспектъ по болезнямъ носа, горла и уха. Состав. профессоръ изъ программъ медицинскій школы. Сост. Н. Н. 1908. 75 к.

Alt, Dr. Ferdinand. Die Tuberculose infolge von Meningitis cerebrospinalis epidemica. Mit 12 Tafeln. 1908. 2 p. 30 к.

Asai, Dr. K. Beiträge zur pathol. Anatomie d. Ohres bei Lues Hereditaria. 1908. 2 p. 90 к.

Baldenweck, L. Etude anatome, et clinique sur les relations de l'oreille moyenne. 1908. 2 p. 40 к.

Barré, Dr. H. Scéologie de l'Appareil Respiratoire, avec 98 figures intercalées dans le texte. 1 p. 90 к.

Beiträge z. Anatomie, Physiologie, Pathologie u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Kehlkopfes. Herausg. v. A. Passer u. K. L. Schaefer. Bd. I. 1908. 11 p.

Bing, Prof. Dr. A. Ohrenheilkunde. 13 Vorlesungen f. Studierende u. Aerzte. 2 verbess. Aufl. 1908. Mit 28 Abbild. in Text u. 5 Tafeln. 2 p. 30 к.

Bókay, I. v. d. Leber u. d. Intestinum. M. 113 Abbild., 1 Bildn. u. 2 Tab. 1908. 5 p. 30 к.

- Boeninghous, Dr. G. Lehrbuch d. Ohrenheilkunde. Mit 139 Textabbild. u. 1 Taf. farb. Trommelfellbilder. 1908. 5 p. 40 z.
- Baugen, M. D. Electrotype mit langer Nadels u. Befestigung v. Verschleung d. Nasenmem. 1908. 40 n.
- Cadéac, Prof. C. Pathologie interne Bouche-Maryas-Estomac, avec 139 fig. intercalés dans le texte. 2 édit. 1908. 2 p. 25 z.
- Carrière, G. Traité clinique et Thérapeutique des Maladies de l'Appareil Respiratoire. 2 édit. revue et augmentée. 1908. 6 p. 75 z.
- Cygn, E. von. Das Ohr-Labyrinth als Organ d. menschl. Sinne I. Bonn. Zeit. Mit 15 Textfig., 5 Tafeln u. d. Bildern. d. Vestibular. 1908. 2 p. 70 z.
- Escaz, E. Technique Oto-Rhino-Laryngologique. 322 figures dans le texte. 1908. 3 p. 60 n.
- Gutzmann, Dr. med. H. Sprachstörungen u. Sprechheilkunde. Mit 18 Abbild. in Text u. 1 Porträt. 1908. 2 p. 75 z.
- Hartmann, A. Krankheiten d. Ohres u. deren Bedeutung. 8 verb. Aufl. n. 71 Abbild. 1908. 4 p. 10 z.
- Hermann, H. D. Bildung d. Sinnes 2 Aufl. 1908. 2 p. 20 z.
- Imhofer, R. Die Geschichte der Kehlkopfkrankheiten von Erbsung d. Kehlkopfheilkunde. 1908. 1 p. 98 z.
- Jones, J. A. A short practice of nasal surgery. 1908. 3 p. 15 z.
- Kafermann, R. Hygiene d. Sprechorgans. 1908. 22 z.
- Katz, Dr. L. Krankheiten d. Nasenschleimhaut u. ihre Behandlung. Mit 8 Tafeln u. 34 Abbild. in Text. 1908. 3 p. 70 z.
- Koch, Dr. med. F. Hässliche Nasen u. ihre Verbesserung. Mit 4. Verwort v. Prof. G. Eberlein. 1908. 28 z.
- Körner, O. D. öftlichen Erkrankungen d. Sinnes, d. Hirnhäute u. d. Stilleber. Nachträge u. 3. Aufl. 1908. 1 p. 65 n.
- Kutner, A. D. eugén. Nebenohrleiser. d. Nasen im Rüstgestell. Mit 20 photogr. Taf. u. 1 Abbild. 1908. In Mappe. 11 p.
- Kyle, J. J. Diseases of the ear, nose u. throat. 1908. 7 p. 90 z.
- Lançois, Prof. H. Précis de Maladies de l'Oreille, du Nez, du Pharynx et du Larynx. 2<sup>e</sup> édit. 1908. 8 p. 10 z.
- Leuwer, C. Fremdkörper in d. Nase. 1908. 25 z.
- Neuhoff, J. Das Stottern u. andere Sprechfehler. 1908. 55 n.
- Onodi, A. D. Gehör u. d. Nebenohren d. Nase. Mit 63 Taf. mech. photogr. Aufnahmen. 1908. 5 p. 50 z.
- Politzer, Prof. Dr. A. Lehrbuch d. Ohrenheilkunde. 5. gind. ungar. u. verm. Aufl. mit 337 in d. Text gedruckte Abbildungen. 1908. 9 p. 85 z.
- Rabot, Sargnon et Barlatier. Rétrécissements du larynx et de la trachée. 1908. 2 p. 35 z.
- Rieder, Prof. Dr. H. Erkrankungen d. Respirationsorgane. Mit 2 Abbild. 1908. 1 p. 45 z.
- Rutz, Dr. O. Neue Entdeckungen von der menschlichen Stimme. 1908. 2 p. 75 z.
- Seifert, Prof. Dr. O. Geschichte der Laryngologie in Würzburg. 1908. 1 p. 90 z.

- Senator, M. Die Tracheoscopy und Bronchoscopy. 31. Abbildungen. 1908. 30 z.
- Siebenmann, Prof. F. D. Therapie d. Mittelohrentzündung. 1908. 44 z.
- Sokolowsky, Dr. R. Larynxobstruktion u. Gravidität. 1908. 40 z.
- Stein, St. v. Ein Fall v. nichtiger Erkrankung d. rechten Labyrinths. Zerstörung d. Endapparates. Mit 10 Taf. 1908. 2 p. 75 z.
- Tilley, P. Diseases of the nose u. throat. 1908. 8 p. 90 z.
- Verhandlungen d. Berliner otolog. Gesellschaft bezugl. v. Verhandlungen d. Gemisch. Jahrg. 1908 u. 1907. so 1 p. 10 z.
- Verhandlungen d. Verena süddeutscher Laryngolog. im 1908, bezugl. v. Dr. F. Blasenfeld. 1 p. 10 z.