

Math'e; сам автор безуспешно с 1928 г. проводит в своей клинике, в Грейфсвальде, данную операцию при паратонзиллярных абсцессах. Вначале данная операция производилась с оставлением нижней части тонзиллы, но в связи с возможными рецидивами перешли к более полной—радикальной тонзиллэктомии. Считая, что распространенный до сих пор метод вмешательства при паратонзиллярных абсцессах в виде вскрытия не радикален и не гарантирует от рецидивов, автор горячо рекомендует тонзиллэктомию.

Операция проводится под местной анестезией: больному вводится подкожно атропин, пантопон или морфий. Затем снаружи у угла нижней челюсти вводится в направлении несколько кверху и медиально от угла, в глубину и медленно до 5—10 см. $\frac{1}{2}$ —1% раствора новок ин-адреналина. Кроме того, делается 4 вкола иглы в область передней дужки и всей увеличенной, воспаленной ткани тонзиллы—через рот. Производится серповидный разрез (вогнутостью книзу) от основания uvulae наружи. Отсепахов т. обр. ножницами переднюю дужку, приступают к постепенному вылучению самой тонзиллы последовательно с верхнего полюса, с задней поверхности и у нижнего полюса вылученная тонзилла убирается петлей. После удаления—тщательная ревизия всевозможных углублений, ходов, перевязка сосудов и т. д.

Послеоперационно: покой, холод, полоскание; при болях: аспирин, морфий.
Б. Соколов.

Нормальное развитие человеческого носа, в частности—клеток решетчатого лабиринта. Dr Richter (Archiv für Ohr.—Nas. u. s. w. B. 131; H. 4. 1933), исследуя целый ряд анатомических препаратов интересующих органов в различных разрезах и возрастах, приходит к следующим данным: решетчатая кость, как небольшое раковиноподобное образование, образуется ко 2-му месяцу зародышевой жизни в виде небольшого выступа боковой стенки носа; остовы решетчатых раковин млекопитающих животных соответствуют таковым же человека и к концу утробной жизни представляют утолщения на боковых стенках носа. Это утолщение лежит кпереди от переднего конца средней раковины и выше нижней раковины, представляется как бы отдельной, оторвавшейся частью средней раковины, направленной книзу—т. наз. решетчатая клетка I-ая по Spuler's'y. Первоначально решетчатые клетки возникают через активное врастание эпителия носовой полости в эмбриональную соединительную ткань. Они имеют расположение соответственно среднему, верхнему и добавочному носовым ходам, благодаря чему различают: (по Fleischman'у) Procribrum (верхние передние и нижние средние клетки), Metakribrum (верхние средние и задние клетки), Metakribrum (задние клетки); нижние передние решетки суть дериваты челюстных синусов.

Благодаря такому расположению автор рассматривает: а) нижне-передние клетки—как клетки челюстной полости; б) клетки решеток, соответств. среднему носовому ходу—как решетчатые клетки I-ые; в) клетки, соответствующие верхнему носовому ходу—как решетчатые клетки II-ые; г) клетки купола, как решетчатые клетки III. Автором подтверждается предположение Spuler's'a, что concha suprema есть часть верхней раковины. Соответственно исследованиям Günwald'a и Hajek'a автор нашел образование тончайших перегородок между отдельными клетками лабиринта, образующихся благодаря местным выпячиваниям стенок решетчатых клеток. „Трудно себе представить возникновение этих полостей без предшествующего воспаления“—говорит автор—„Обликовка“ решетчатых клеток происходит за счет толстого слоя мезенхимы. Первые признаки окостенения в области решеток устанавливаются около выходного отверстия полости на 6-ом месяце утробного периода, в дальнейшем процесс окостенения идет за счет новообразования кости по внутренней поверхности клеточных стенок и позднее (с 8-го месяца) переходит на внешнюю поверхность,—стенки утолщаются. К 1-му году жизни слизистая решетчатых клеток постепенно истончается и простирается в отдельные клетки. Кровеносные сосуды слизистой решеток расположены в 2 слоя: субэпителиальный и парасальный, большие сосуды лежат преимущественно вблизи скелета; указанные взаимоотношения сосудов остаются и при появлении кости. Через отверстия в laminae parrugaseae осуществляется кровообмен между решетками и орбитой. У грудных детей автор наблюдал существование анастомозов между слизистой решеткой и носовой полостью, периостом эндокраниума, твердой мозговой оболочкой и т. д.

Как нормальный тип, слизистая решеток должна представляться тонкой, равномерной, богатой сосудами, при скудном содержании слизистых желез. Наблюдения автора, с одной стороны, лишний раз наглядно подтверждают интимную связь между полостью носа, его придатками и соседними органами: глаз, полость черепа и т. д. и, с другой стороны, подкупают изяществом методики.

Б. Соколов.

Заседания медицинских обществ.

Краевая научно-медицинская ассоциация АТССР.

Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 26 января 1934 г.

1. Проф. И. Ф. Козлов сделал доклад под заглавием „Материалы о внематочной беременности по данным Омской акушерско-гинекологической клиники. Доклад полностью напечатан в „Каз. мед. журнале“ за тек. год № 7—8.

2. Асс. М. А. Романов сделал сообщение „К вопросу о карликовых тазах“ с демонстрацией больной, у которой им было произведено кесарское сечение по поводу хондро-дистрофического таза.

Заседание 21 февраля.

Асп. И. В. Данилов сообщил об ускорении реакции Zondek'a-Ascheim'a путем облучения красным светом.

Заседание 23 апреля.

1—3). Проф. И. Ф. Козлов, проф. П. В. Маненков и доц. Е. Д. Рузский сообщили впечатления с Украинского съезда акушеров и гинекологов в Харькове. При этом сначала проф. Маненков остановился на состоянии дела здравоохранения вообще и в частности акушерской помощи в УССР по материалам съезда, затем проф. Козлов резюмировал заслушанные на съезде доклады, посвященные воспалительным процессам в женской половой сфере и, наконец, доц. Рузский, указав в начале доклада на организационные недостатки в проведении съезда, познакомил секцию со всеми остальными докладами, заслушанными на съезде.

За поздним временем прений по докладам не было.

Заседание 14 мая, совместное с Рентгенологической секцией.

1) Асс. М. А. Романов вкратце изложил содержание своего доклада о карликовых тазах, сделанного в заседании 26 января.

2) Доц. Д. Гольдштейн демонстрировал рентгеновские снимки матери и ребенка, относящиеся к описанному асс. Романовым случаю хондро-дистрофического таза.

3) Доц. Д. Гольдштейн показал рентгеновские снимки утробных плодов, начиная с 2-месячного и кончая 10-месячным возрастом. Из сообщения демонстраций докладчика выяснилось, что в каждом месяце утробной жизни, за исключением 8-го, появляются точки окостенения, характерные для данного срока беременности.

В прениях по докладу приняли участие профф. Р. Я. Гасуль, И. Ф. Козлов и П. В. Маненков и д-ра Г. М. Шарафутдинов и Н. Е. Сидоров.

4) Проф. И. Ф. Козлов сделал доклад о состоянии родовспоможения в ТР и внес проект резолюции по этому вопросу, выработанный, по поручению секции, особой бригадой.

После прений, в которых приняли участие д-ра И. В. Данилов, О. Г. Ачанапу и Н. Е. Сидоров постановлено резолюцию одобрить и внести в НКЗ ТР.

Заседания 14 и 15 июня на IV Научном съезде врачей ТР и смежных с нею республик и областей.

Отчеты об этих заседаниях помещены в „Каз. мед. журнале“ № 9.

Председатель секции засл. проф. В. Груздев.