

Рецидивы отитов были очень часты. В некоторых случаях парацентез приходилось делать 2—3 раза. Во всех случаях лихорадочного течения, особенно у грудных детей парацентез является абсолютно необходимым, конечно, при измененной картине барабанной перепонки. Исследование барабанной перепонки у грудных значительно труднее, чем и у взрослых, т. к. зеркальное исследование технически и анатомически труднее, и кроме того перепонка у детей толще и менее прозрачна.

Осложнения со стороны сосцевидных отростков мало имели места; раз или два ощущалась чувствительность к давлению против антрума, но она вскоре прекращалась после парацентеза. У детей в единичных случаях были признаки мастоидитов; давящие боли в первую неделю острог о отека сосцевидного отростка, высокая, даже не падающая, после парацентеза лихорадка. Но не было случаев, говорящих за необходимость ранней операции. У взрослых воспаление среднего уха нередко. Для гриппа важно наличие кровяных пузырьков; на барабанной перепонке и в наружном слуховом проходе. Трое были (взрослые) оперированы по поводу мастоидита; все трое жаловались на боли в ушах, за 4—5 недель до операции болели гриппом одну неделю. Ко времени операции барабанная перепонка вполне нормальна, клетки сосцевидного отростка сохраняли, 4—5 недель до операции, инфекцию латентной, и характерные признаки мастоидитов обратили на себя внимание лишь за 7—8 дней до операции. Вообще отмечено до 50 случаев с ушными болями, при чем у всех и зеркальное и функциональное исследование дали вполне нормальную картину. Это были невралгические боли, проэцировавшиеся то над, то под ухом, то на височной площадке. Важное тепло, салицилаты давали благоприятные результаты в течение 1—2-х недель.

Воспалительные осложнения придаточных носовых пазух при гриппе очень частое явление, главным образом воспаляются лобная, верхнечелюстная пазухи и передние решетки, открывающиеся в средний носовой ход; наоборот, основная пазуха и задние отделы решетчатой реке вовлекаются в процесс.

Воспаление лобной пазухи сопровождалось сильными невралгическими болями, которые, достигая своего апогея в полдень, после обеда обычно стихали или прекращались вовсе. Смазывание среднего носового хода 20% сос. + адрен., влажное тепло, покой, салицилаты ликвидировали данный процесс в 8—10 дней. В некоторых случаях данные средства не приводили к цели и боли были стойкими, благодаря препятствию оттока гноя из пазух (из-за искривленной перегородки, тесного выводного отверстия или неправильного изгиба носовой раковины). Здесь обычно выступала эндоназальная операция со вскрытием решетчатого лабиринта и расширением выводного отверстия лобной пазухи.

Невралгия надглазничного нерва всегда сопровождала воспаление лобной пазухи, дифференциальный диагноз зависимости данной невралгии от фронтита ставился благодаря рино-и рентгеноскопии. По излечении фронтита, обычно, вскоре, прекращались и невралгии. Точно также этмоидиты всегда представлялись спутниками воспаления лобной пазухи, благодаря их непосредственной близости.

Острое заболевание Гайморовой пазухи представляло особенно частое осложнение. Лихорадка так же, как и местные боли, наблюдалась вначале заболевания. Лечение состояло в производстве пункций с последующими промываниями. После 5—6 промываний гноя уже не было. Некоторые случаи тоже нескольких промываний приводили к излечению, а наоборот с латентным, хроническим воспалением потребовали радикальной операции.

При гриппе очень часты ларингиты и трахеиты острые, а также отёки гортани. В двух случаях автора потребовалось оперативное вмешательство, благодаря отеку внутренней поверхности надгортанника, черпал и межчерпаловидного пространства.

Б. Соколов.

К патогенезу и дифференциальному диагнозу постангинозного сепсиса. Д-р Н. Klintrup (Acta oto-Laryngologica. Fol. XVIII Fasc. 3—1933 г. S—340) говорит, что в последнее время в медицине многие занимаются вопросом постангинозного сепсиса, но, несмотря на ряд обширных работ Vass'a, Uffe-pørde, Claus'a и др., ясности еще здесь нет. Господствует богатое разнообразие в вопросах о том, где входные ворота и каковы пути распространения

общей инфекции. По Fränke Ю возникает эндофлебит с последующим тромбозом мелких тонзиллярных вен (собственно септический очаг) и отсюда процесс гасходит по большим венам до V. jugularis. Только в виде исключения возможно лимфогенное распространение с размягчением лимфоузлов и последующим венным тромбозом. Claus считает, что периваскулярные флегмоны в ретрогонзиллярной соединительной ткани образуют очаг сепсиса, откуда уже возможно вторичное поражение вен (основывается на 58 случаях). Первичная железисто-сосудистая форма постангинозного сепсиса, при которой инфекция могла бы перейти с размягченных лимфоузлов на вены—очень редка. Uffenorde думает, что флегмонозное воспаление, в обычной форме наступающее в тканях и лимфатических щелях Spatium parapharyngeum может отсюда вторично распространиться по венам. Uffenorde различает три типа постангинозного сепсиса: гематогенный, лимфогенный и интерстициальный (флегмонозный). В первой из названных форм миндалины сами по себе очаги сепсиса, распространение болезненных возбудителей в крови происходит само по себе из области миндалин, при этом нет перигонзиллита. Нет значительного припухания желез и большие вены остаются свободными. В обоих других случаях может быть комбинация с периаденитами, перифлебитами, тромбозом. Такое различие взглядов надо объяснить по видимому (по Uffenorde) наследием других патологических процессов. Автор описывает широко распространенную в их клинике (Гельсингфорс, проф. Meurman) пробу получения люмбальной пункции при сдавливании V. V. jugulares. Первоначально данная проба применялась Queskenstedt'ом при диагностике повышенного давления внутричерепной полости в зависимости от опухолей позвоночного канала. Вначале он определял высоту давления в норме, а затем—при сдавливании обеих V. V. jugulares internae.

Позднее отоларингологи стали применять данную пробу при диагностике синустромбозов (Tobeu и Auger—22 наблюдения. Больной принимает горизонтальное положение на боку. Обозначают высоту в/ч. давления в норме. Затем сдавливают V. jugularis одной стороны на высоте подъязычной кости или верхнего края гортани и получающееся изменение давления отмечают; после этого колонка, по окончании сдавливания, падает на прежнюю высоту; также определяют давление и на другой стороне; наконец сдавливают обе V. V. jugulares одновременно—при этом давлении может подняться вдвое (по сравнению с первоначальным). При свободных обеих V. V. jugulares колонки при одностороннем сдавливании поднимаются немного (1—2 см); если же Sinus sigmoideus или Bulbus jugularis будут содержать обтурирующий тромб, давление повышается только при компрессии здоровой стороны; сдавливание же на обтурированной стороне не изменяет высоты давления. Автор заканчивает подробным описанием истории болезни и разбором своего случая.

Б. Соколов.

Заседания медицинских обществ.

Краевая научно-медицинская ассоциация АТССР.

Хирургическая секция

14 ноября 1934 г.

Председатель проф. М. О. Фридланд.
Секретарь доц. Г. М. Новиков.

1. Демонстрации.

1. Д-р Наливкин. *Случай болезни Кинбека*. Б-ой явился с жалобой на боль в правом лучезапястном суставе после падения на ладонь. Был диагностирован классический перелом луча. На сделанной после этого рентгенограмме обнаружено разрезание, некроз и отдельные участки склероза в луновидной косточке с общей ее деформацией.—типичная картина остеохондропатии, болезни Кинбека в третьей стадии по Аксхаузену.