

оставлявшая свободным конец сверла на длину чуть меньшую, чем стенка гайки. Кроме того, сам больной отмечал степень нагревания в месте сверления, а постукивание тонким пинцетом в дно отверстия своим приглушенным [звук]ом давало знать, что сверлить дальше не надо.

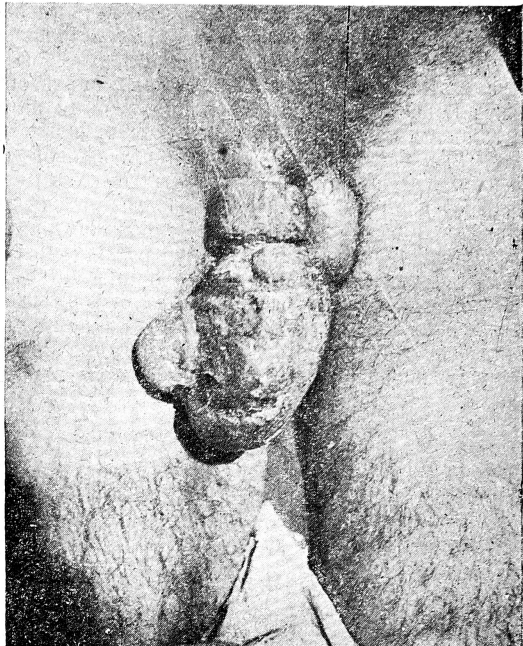
Когда высверливание было закончено, гайка вынута из тисков, под нее подведена небольшая наковальня. Один из операторов поддерживал гайку, чтобы она плотно стояла на наковальне, а другой зубилом рассек ее сначала с одной стороны, а затем с другой и таким образом она была снята. Кожа penis'a под гайкой атрофирована до апоневроза и это место образует перешеек на стволе.

При осмотре гайки оказалось, что нарезы ее заполнены будто грязной паклей, пропитанной серозной жидкостью массой, в которую превратилась кожа, претерпевшая за почти 2-летний срок все видоизменения от гангрены до мумификации. Просвет ее, а стало быть и толщина penis'a в этом месте, равен 1,6 см. Железо гайки оказалось мягкого закала, что сократило время сверления; все же эта операция продолжалась почти 3 часа.

При совершении этой оригинальной операции главными действующими лицами были т.т. А. и К., прекрасные слесаря, действовавшие своими грубыми инструментами в таком совершенстве, что больному не было причинено ни малейшей боли, ни царапины, а мы, врачи, были на положении зрителей, смотревших восхищенными взглядами на операторов.

После снятия гайки больной поступил в ведение хирурга.

Операция эта обошлась Поликлинике в 21 рубль: 15 руб.—оплата дневного заработка 3-х квалифцир. рабочих и 6 р.—изготовление кусачек, которыми, кстати сказать, воспользоваться не пришлось.



Из Сталинской раб. поликлиники.

Fistula vulvo-rectalis completa acquisita.

Д-р Г. Н. Кевес.

Одним из любимых мест локализации гонорройной инфекции в половой сфере женщины являются Бартолиевы железы, заложенные, как известно, в толще больших губ.

Все единодушны в том, что гонококками инфицируется один лишь выводной проток, а это ведет иногда к частичной или полной закупорке его. В большинстве случаев Бартолиевы железы остаются пощажеными от гонорройной инф. В результате задержки выделения Бартолиевы железы увеличиваются в размере, и если в начале процесса представляют собою безболезненные опухоли, то вследствие последующей инфекции разными гноеродными микробами железы нагнаиваются, делаются весьма болезненными и требуют соответствующего вмешательства.

Каков же должен быть образ действия при лечении бартолинитов? Прежде чем ответить на этот вопрос, я приведу историю болезни больной, перенесшей бартолинит с затяжным течением.

14/II 1929 явилась ко мне на прием 6-ная № 3578. Лет шесть тому назад она заразилась гонорреей и болела левосторонним бартолинитом. Нарыв не был вскрыт и гной через свищ понемногу выделялся. Через год после этого 6-ная родила ребенка. Самочувствие всегда хорошее, но иногда являлась болезненное ощущение в нижней части лев. большой губы и в левой половине промежности. Года полтора тому назад левая губа опять опухла, в сопровождении небольших болей. В последнее время при подмывании наружных половых органов 6-ная стала замечать на ватке каловые кусочки, что и до сих пор продолжается.

При исследовании внутренней половой сферы можно было констатировать хрон. задний и левый параметрит. Наружные половые органы без особых отклонений от нормы. Отверстие выводного протока лев. Бартолиниевой жел. пропускает головку пуговчатого зонда. Зонд проникает через сквозной свищ в нижний отрезок прямой кишки, имевший свое выходное отверстие на слизистой с левой стороны. Следовательно, перед нами *fistula vulvo-rectalis completa*.

После изложенного не может быть двух мнений, что лечение бартолинита должно быть радикальное. И если при первичном нарыве Бартолиниевой железы достаточен широкий разрез с продолжительным дренированием полости абсцесса, то при хроническом, рецидивирующем бартолините показана только экстирпация железы.

Из Клиники нервных болезней Астраханского государственного медицинского института. (Директор профессор И. Б. Гроссман).

Комбинированная форма болезни Charcot и остеомаляци¹⁾.

Профессора И. Б. Гроссмана.

Амиотрофический боковой склероз, описанный впервые в 1869—1874 г. Charcot и Joffrois и получивший более точное и полное освещение в дальнейшем благодаря исследованиям Flechsig'a, как известно, характеризуется первичным системным перерождением на протяжении проводящего корково-мышечного пути, включая сюда, помимо спинномозгового отдела, и бульбарный, имеющий отношение к мускулатуре лица, языку, мягкому небу и т. д.; не всегда захватывается весь проводящий путь, а только значительная его часть. Характерно исхудание мускулатуры, которое носит тип Duchenne-Agona, то-есть вначале поражается главным образом мелкая мускулатура. В противоположность двигательным, чувствительные проводящие пути задятся, хотя некоторые авторы наблюдали иногда изменения в заднем роге и задних столбах, что надо, нам кажется, объяснить сильно-действующим вредным влиянием экзогенного фактора при врожденной слабой сопротивляемости пучковых волокон. Что до этиологических моментов, то они мало выяснены. Нельзя не согласиться с учением Strümpell'a, что в основе лежит врожденная слабость двигательной системы, выявляющаяся благодаря воздействию экзогенного фактора. Нами наблюдался следующий интересный случай амиотрофического бокового склероза, осложненный остеомаляцией.

А. Л., 60-ти лет, поступила в клинику с жалобами на затруднение и неловкость в ходьбе, связанные с прогрессирующим перекрещиванием обеих ног, общую слабость, похудание, изменение конфигурации грудной клетки (уплощение сбоку) и искривление позвоночника.

Наследственность и анамнез: отец был убит 80-ти лет, при жизни пользовался хорошим здоровьем. Мать умерла 75 лет, страдала слабостью сердца. Всего в семье детей было 6 человек. Выкидышей и мертворожденных не было. Сестра страдает болезнью ног, из-за чего прикована к постели. Ногами страдает и брат. Душевные болезни, алкоголизм, туберкулез и lues в роду отрицает.

¹⁾ Доложено в Обществе клинической и теоретич. медицины 19/II 1928 г.