

с. Ушные, носовые и горловые болезни.

Диагностика отогенных абсцессов мозга. — По Rejto (Folia Otolaryngologica orientalia. В. I—1932 г. Herusalem)—при лечении абсцессов мозга отогенного происхождения играет важную роль ранняя диагностика. Несмотря на сравнительную распространенность данного заболевания, диагностика его чаще всего устанавливается на операционном столе, когда, после вскрытия черепной коробки, оператор находит выпуклый, инъецированный, измененный участок твердой мозговой оболочки. В таком случае диагностически ценна пункция, которую лучше всего производить тонкой иглой Пирацевского шприца; часто приходится пунктировать повторно несколько раз,—до появления гноя в шприце, причем иногда надо выждать, пока гной проложит себе дорогу через чрезвычайно узкий для него просвет иглы, чтобы не получить отрицательных результатов при наличии гноя. Пункция несет в себе две опасности: инфекцию и возможность кровотечения. От первой надо предохранять себя путем предварительного туширования места пункции в dura mater водной тинктурой. Глубина пункции, не больше 3—4 сант. Рекомендуется: наличие строгих показаний, медленное введение иглы. Рентген не является абсолютно точным в диагностике абсцесса. Из объективных методов автор рекомендует способ проф. Бенедэка, заключающийся в перкусии черепа специально сконструированным электрическим автоматическим молоточком, так наз. „Pic-up-apparat“.

Б. Соколов.

Фистульный симптом без фистулы. Доктор Раупс (Archiv für Ohren, Nase u. Kehlkopfheilkunde, 1928—В. 2)—описывает случай „фистульного симптома без фистулы“ или ложного фистульного симптома, встречающегося при явлениях нарушения целостности костной капсулы, при обнажении перепончатого лабиринта, холестеатоме, но при целой барабанной перепонке. Автор считает, что чаще всего исходным этиологическим моментом является туберкулез, хотя автор имел случай с люэтической этиологией. Вполне исчерпывающего толкования механизма фистульного симптома без фистулы еще не найдено; наиболее подходящим, по мнению автора, является объяснение проф. Руттин'a который считает появление ложного фистульного симптома нарушением нормальной подвижности одного или обоих окон в силу свойств вязкости скопляющегося между ними секрета под влиянием воспалительных процессов.

Б. Соколов.

Шпагоглотатель и эзофагоскопия. Проф. Иноубо (Folia Otolaryngologica orientalia. В. I. 1932. Herusalem).

Искусство шпагоглотания имеет очень давние, исторические корни и известно было еще древним грекам; в последнее время этот вид искусства, особенно начиная с 16—18 вв., получил свое развитие в Японии, будучи занесен сюда соседями-китайцами. Шпагоглотатели оказались первыми пособниками в развитии эзофагоскопии, так как натолкнули мысль врачей на возможность введения металлических трубок в пищевод с целью диагностики и терапии. Первыми объектами эзофагоскопии также были шпагоглотатели (Stevens в 1777 г. впервые произвел эзофагоскопию на одном шотландском фокуснике). Шпагоглотатели эмпирически изобрели сами для себя наиболее удобное положение при проглатывании шпага, чем воспользовались дальше и врачи для проведения эзофаго- и бронхоскопических трубок. Исследования автора на трех профессионалах—шпагоглотателях показали, что, в силу раздражения слизистой пищевода, производство эзофагоскопии у них довольно затруднительно; изменения же слизистой заключаются в утолщении, набухании, отеке слизистых оболочек, покраснении, гипертезии, кровотечениях из глотки, надгортанника, входа в пищевод. Одновременно, автор проводил исследование типов дыхания при шпагоглотании, след. эзофагоскопии, и нашел, что существовавшее до сего времени мнение о грудном типе дыхания при введении в пищевод такого рода тел—неосновательно, так как здесь, повидимому, происходит чередование типов дыхания: в начале до глотания имеется брюшной тип дыхания, который прерывается в момент глотка, постепенно переходит к грудному дыханию, держателю до конца глотания, после чего снова наступает брюшное дыхание.

Подробности, приводимые автором из истории шпагоглотания и эзофагоскопии, а также наблюдавшиеся случаи очень интересны.

Б. Соколов.

„Измерения концентрации водородных ионов в слизистых верхних дыхательных путях“. Mittermaier и Marchionini (Zeitschrift f. Hals-Nasen