

с. Ушные, носовые и горловые болезни.

Диагностика отогенных абсцессов мозга. — По Rejto (Folia Otolaryngologica orientalia. B. 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 Правацевского шприца; часто приходится пунктировать повторно несколько раз,—до появления гноя в шприце, причем иногда надо выждать, пока гной проложит себе дорогу чрез 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 fur Ohren, Nasen u. Kehlkopfheilkunde, 1928—B. 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 лютетической этиологией. Вполне исчерпывающего толкования механизма фистульного симптома без фистулы еще не найдено; наиболее подходящим, по мнению автора, является объяснение проф. Ruttin'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. Ino Cibo (Folia Otolaryngologica orientalia. B. I. 1932. Herusalem).

Искусство шпагоглотания имеет очень давние, исторические корни и известно было еще древним грекам; в позднейшее время этот вид искусства, особенно начиная с 16—18 вв., получил свое развитие в Японии, будучи занесен сюда сессами-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, гиперестезии, 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, державшемуся 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

и. Ohren—Heilkunde, 1928. В. 20) исследовали состояние слизистых оболочек и секрета при острых воспалениях придаточных пазух, причем находили смещение Рн в сторону кислой реакции; так, при остром воспалении лобной пазухи Рн 6,63; при сильном остром и гнойном гайморите Рн—6,4. При переходе острого процесса в хронический происходит и сдвиг Рн в сторону щелочности; так, полипнозно перерожденная слизистая при хроническом гайморите дала Рн=7,9; Данные исследования имеют, кроме теоретического, и практический результат. широко практикуемые промывания воспаленных пазух различными растворами получают определенные показания, а именно: при острых воспалениях промывания должны производиться слабо-щелочными, а при хронических—слабо-кислыми растворами.

В случае гнойного тонзиллита, перешедшего в абсцесс миндалины, измерения дали: Рн слизистой=7,3; в ткани и гное Рн=6,71 и в стенке абсцесса—Рн=6,60. Если слизистая в норме щелочной реакции, то, под влиянием воспаления, она дает изменение реакции на кислую. Большая часть субъективных местных жалоб при тонзиллите этим и объясняется.

Авторы также исследовали слизистую носа в области нижних раковин. При хроническом гипертрофическом рините Рн=7,8. Наиболее щелочны были показатели в случаях полипозных ринитов, именно, при глубоко сидящих полипах, тогда как полипоз передних отделов раковин давал менее щелочные величины.

Пока очевидны следующие выводы: 1) острое воспаление в носу проходит всегда с окислением тканей, 2) при воспалении (хроническом) придаточных полостей мы получаем преимущественно нейтральную или щелочную реакцию, 3) хронические отечные состояния слизистой носа при гипертрофических и вазомоторных ринитах показывают значительную щелочность тканей.

В. Соколов.

Заседания медицинских обществ.

Краевая научная медицинская ассоциация АТССР.

Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 24/XI 1932 г.

Д-р В. Е. Гончаренко сообщила о случае беременности в двойной матке. Беременность, около 6 месяцев, имела место в остром роге матки, в другой же развилась гематома. Влагалище было также двойное, причем один рукав, в который открывалась беременная матка, был проходим, другой же атрезирован и превращен в гематокольпос. В виду жалоб больной на сильные боли и возможности, что гематома и гематокольпос небеременной стороны послужат помехой при последующих родах, в данном случае была сделана операция, причем сначала рог abdomen ампутирована гематома, а потом рог vagina вскрыт гематокольпос. Впоследствии больная благополучно разрешилась в срок.

В прениях по докладу приняли участие пр.-доц. П. В. Маненков, проф. И. Ф. Козлов, высказавшийся за приобретенное происхождение атрезии в данном случае, и проф. В. С. Груздев, склонявшийся в пользу врожденности ее.

Асс. М. А. Романов сообщил о случае разрыва матки при родах по рубцу после кесарского сечения. Больная 24 л., беременная в 3-й раз, поступила в клинику 2/XI 32 г. Первые роды были у ней в 1925 г., окончены щипцами, после чего образовался пузырно-влагалищный свищ, удачно ликвидированный через год фистулографией (у больной был узкий таз (с. diag 10 см.). Вторые роды, в 1928 г., окончены в клинике кесарским сечением с донным разрезом по Fritsch'y, причем одновременно была произведена стерилизация путем иссечения интерстициальных частей ф. труб; послеоперационный период был осложнен воспалением тазовой брюшины. Несмотря на стерилизацию, больная забеременела снова и благополучно доносила до срока. Роды первоначально протекали с очень слабыми болями, но на 2-й день после поступления роженица, после сильного натуживания во время акта дефекации, почувствовала резкую боль в животе. Произведенное исследование показало, что зев раскрыт на 2 пальца. В виду наличия у больной плоского таза значительной степени сужения и перенесенного ранее оперативного вмешательства, было решено и настоящие роды окон-