

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 F r i t s c h '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-

чить кесарским сечением. Когда роженице начали давать наркоз (эфирный), у нее было замечено резкое падение и учащение пульса. Произведенная аускультация показала, что сердцебиение плода, раньше выслушивавшееся хорошо, теперь не определяется. В виду этого было немедленно приступлено к операции. По вскрытии брюшной полости по прежнему растянутому рубцу оказалось, что она наполнена огромным количеством жидкой крови, среди которой свободно лежала плацента; дно матки оказалось разорвавшимся в поперечном направлении, и через разрыв выступали мелкие части плода, за которые последний и был извлечен в состоянии асфиксии, но скоро оживлен. После того были удалены плацента с торчащими из полости матки оболочками и наполнявшая брюшную полость кровь, маточная полость была выскоблена, протерта эфиром и зашита 2-этажным кэт-гутовым швом. В заключении была зашита брюшная рана за исключением нижней ее части, куда был вставлен марлевый дренаж. Послеоперационный период был осложнен воспалением легких, которое, однако, кончилось благополучно, и на 28-й день после операции больная выписалась из клиники здоровой с здоровым ребенком.

В прениях по докладу д-ра Р. пр.-доц. П. В. Маненков указывал, что в виду частых разрывов матки у беременных, однажды перенесших кесарское сечение, в некоторых случаях у них может оказаться необходимым прибегать к этой операции до того, как выступают несомненные признаки угрожающего разрыва.

Возражая против этого, проф. И. Ф. Козлов отметил, что зачастую роды у женщин, перенесших кесарское сечение, проходят совершенно благополучно, без всяких разрывов. Применение при кесарском сечении фундального разреза матки по Fritsch'u проф. К. считает особенно удобным в тех случаях, где одновременно у женщины надо произвести стерилизацию. При заживании разреза матки после кесарского сечения проф. К. советует избегать непрерывного шва, при котором инфицирование уже небольшого участка маточного разреза может повести к значительному расхождению последнего.

Проф. В. С. Груздев указал, что, судя по литературным данным, донный разрез матки при кесарском сечении особенно предрасполагает к разрывам этого органа при последующих беременностях и родах. За это же говорит и личный опыт проф. Г-ва: в одном случае, из его практики, напр., больная, перенесшая кесарское сечение с разрезом по Fritsch'u, при последующей беременности, еще задолго до начала родов, получила разрыв матки под влиянием травмы. Прооперировав ее и вырезав края разрыва, проф. Г., при микроскопическом исследовании их, убедился в глубоком внедрении между ними децидуальной ткани. Такую недостаточность маточного рубца после поперечного разреза в дне проф. Г. объясняет расположением мышечных пучков в области маточного дна, при том не только пучков продольных слоев маточной мускулатуры, субсерозного и субмукозного, но и пучков, составляющих срединный, наиболее мощный слой миометрия. Благодаря такому расположению, мышечные пучки, сокращаясь при обратном развитии опорожненной путем кесарского сечения матки, растягивают свежезащитый разрез в направлении длинника этого органа. В виду значительной опасности разрывов у беременных, раз перенесших кесарское сечение, особенно с Fritsch'eвским разрезом, проф. Г. считает желательным, чтобы все они подвергались госпитализации еще до начала родов или в самом их начале.

Кроме того, в прениях по докладу д-ра Р. приняла участие д-р М. В. Монасыпова.

#### *Заседание 14/XII 1932 г.*

Д-р А. В. Алимбек сообщил отчет о командировке в Московский институт переливания крови. В своем отчете А. затронула историю вопроса о переливании крови, разобрала показания и противопоказания к нему, различные способы трансфузии крови, значение ее во время войны, описала организацию Московского института и в заключение продемонстрировала привезенный ею аппарат для переливания крови.

Доклад А. вызвал оживленные прения, в которых, кроме докладчицы, приняли участие профф. В. С. Груздев и И. Ф. Козлов, доцент П. В. Маненков, д-р Б. С. Тарло и присутствовавшие прикомандированные врачи.

Д-р В. М. Федоров сделал доклад о состоянии родовспоможения в ТР и перспективных данных по этому вопросу на вторую пятилетку.

В прениях по докладу приняли участие профф. В. С. Груздев и И. Ф. Козлов, доц. П. В. Маненков, д-ра В. С. Тарло и С. В. Лейбов.