



*«А вот был один случай в моей практике...». Услышать такую фразу из уст врача можно довольно часто. И так было всегда – не только в разговорах, но и на страницах уважаемых медицинских изданий, коллеги-медики обменивались интереснейшей информацией из своей практики. Поэтому сегодня мы предлагаем нашим читателям перелистать вместе с нами страницы авторитетной «Врачебной газеты» за 1907-1908 годы. Надеемся, что врачебный опыт прошлых лет будет если и не полезен, то, по крайней мере, интересен современным пульмонологам и оториноларингологам.*

**Об отношении заболеваний носа и глотки к глухонемоте**

Е. Urbantschitsgh произвел тщательное исследование ушей, носа и глотки у детей в венских заведениях для глухонемых. Всего исследовано 215 детей (113 мал. и 102 дев.). У 88 глухонемота врожденная, у 95 – приобретенная, а у 32 – не удалось установить. Причиной приобретенной глухонемоты в 38 случаях был менингит. В 26 – заразные болезни, в 14 – травмы (падения). Автор нашел в 82,4% хронический катар Евстахиевых труб и среднего уха, в 7,4% – признаки прежде перенесенного гнойного воспаления среднего уха, в 6,5% было наличие хроническое гнойное воспаление среднего уха. Только в 2,8% не обнаружено никаких изменений при отоскопии. Заболевания носа в виде хронических катаров, неправильностей носовой перегородки и пр. оказались в 54,6%. Поражения глотки в виде различных форм хронических катаров найдены в 72,1%. Гипертрофия небных миндалин разных степеней – в 37,5%. Аденоидные разращения разных степеней обнаружены в 88,5%, из них в самой сильной степени – 9,7%, а в средней – 47,2%. Катары среднего уха несомненно находятся в причинной зависимости от поражений носа и глотки. Что касается гиперплазии аденоидной ткани, к которой больные обнаруживают такую большую наклонность, то автор констатирует, что после оперативного удаления разращений, произведенного им в 56 случаях, он не замечал изменения слуха, не считает

эти гиперплазии причиной глухоты. А смотрит на них как на признак дегенеративного характера болезни. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde, март 1907*).

**Ларингиты и ларинготрахеиты желудочно-кишечного и симпатического происхождения**

По наблюдениям Е. Heckel, многие ларингиты, называемые обыкновенно простыми катаральными, гипертрофическими или также вторичными вследствие заболеваний носа и глотки, вызываются функциональными расстройствами симпатического нерва, которыми и объясняется увеличенное отделение слизи, краснота и гипертрофия. Больные с такими катарами бывают нервные, неврастеники, истерики, иногда с психическими расстройствами, но почти всегда у них имеются желудочно-кишечные явления в виде нервно-двигательной диспепсии. Автор разделяет их на 2 типа: одни с чрезмерным питанием и с повышенной возбудимостью, другие с упадком питания и подавленным состоянием. Лечение, конечно, различное для этих двух категорий больных, и заключается в соответствующем пищевом и общем режиме, гимнастике (брюшной), водолечении и психотерапии. На той же почве бывают катары носа и глотки, которые часто сопровождают описываемые ларингиты. Особенно часто такие заболевания слизистых оболочек наблюдаются у певцов.

(*Archiv internat. de laryngologie. T. XXIII. № 2*)

**Хронический катар зева желудочного происхождения**

Santiuste Voega наблюдал функциональные расстройства со стороны зева при отсутствии автоматических изменений в полости рта и носа, но при наличии запора, кислой отрыжки, изжоги. Полость зева раздражается при этом ненормальными продуктами желудочного брожения и гниения. А кроме того несомненно играют роль и рефлекторные нервные влияния. Лечение должно быть направлено против гиперхлоридрии и тому подобных заболеваний пищеварительных путей. А именно – назначают щелочи в виде полоскания или распыления каждые 4 часа.

(*Revista de Medicina y Cirugia practicas, 7 октября 1907*)

**Как нужно назначать аспирин?**

В виду того, что аспирин в редких отдельных случаях вызывает обмороки, проливные поты и даже бессознательное состояние, автор (Martinel) предлагает следующие правила:

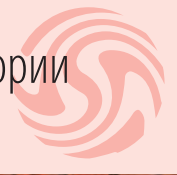
- вначале прописывать не более 0,4–0,5 и постепенно увеличивать дозу лишь в том случае, если уже известно, что больной хорошо переносит аспирин;
- назначать приемы аспирина вместе с теплым питьем, не вызывающим пота;
- прибавлять к аспирину средство, действующее тонизирующим образом;
- перед лечением предупреждать окружающих о возможности обильных потов;
- первые дозы следует принимать в постели, причем наготове должен быть крепкий кофе.

(*La Presse Medicale, 2 ноября 1907*)

**К казуистике инородных тел носа**

Hertz был приглашен к 2-летней девочке, заболевшей 4 дня тому назад рвотой и головной болью. На 2-й день на груди и ягодицах появилось разлитое покраснение кожи, распространившееся в третий день почти по всему телу и похожее на скарлатиновую высыпь, с той разницей, что на лице и яго-





## Из архива «Врачебной газеты». 1907-1908 г.г.

дицах можно было найти небольшие папулы.  $T^{\circ}$  колебалась между  $38^{\circ}C$  и  $39,3^{\circ}C$ . На 3-й день болезни появилось поражение уха и гнойное истечение из носа; дыхание чрез нее очень затруднено; при исследовании ее зондом между носовой перегородкой и нижней раковиной найдено было покрытое гноем инородное тело, которое было извлечено и оказалось куском пробки, величиной в боб. Под влиянием лечения уха и носа  $t^{\circ}$  уже на следующий день упала до нормы, высыпь исчезла. По мнению автора, в данном случае была не скарлатина, а септическое заражение: пробка в носу вызвала воспалительное состояние с нагноением; вследствие непроходимости носа гной проник в среднее ухо и путем всасывания обусловил общее септическое заражение.

(*Medycyna*, 24 августа 1907)

### Полное отсутствие соляной кислоты при гнойном гайморите

Описываемый случай представляет довольно редкое явление; по крайней мере, в распространенных руководствах не имеется указаний на возможность такой зависимости между нагноением Highmore'овой полости и состоянием желудка. В случае автора (Aug. Scherer) дело шло о 18-летней девушке, страдавшей катаром верхушки и правосторонним гнойным гайморитом. В виду наличности гастрических явлений у больной был неоднократно исследован желудочный сок, причем констатировано полное отсутствие соляной кислоты. Больная, находившаяся в санатории, подверглась систематическому гигиеническому лечению; при этом диета была приноровлена к заболеванию желудка (преобладание крахмалистых веществ); кроме того, производились промывания желудка. Однако до тех пор, пока не было приступлено к местному лечению гайморита, состояние желудка осталось без перемены. И только после устранения гайморита в желудке быстро появилась соляная кислота, и исчезли гастрические

явления. Заболевание желудка в описанном случае автор объясняет проглатыванием гноя, влиявшего раздражающим образом на слизистую оболочку желудка.

### Исправление кривого носа

J. Joseph при оперативном исправлении наследственного или застарелого благоприобретенного кривого носа применял в различных случаях два способа: при кривизне хрящевой спинки носа притягивание (attraction) хрящевой перегородки к противоположному краю верхней челюсти. При кривизне костной части носа клиновидную резекцию из носового отростка верхней челюсти, а именно из широкой стороны кривого носа, вместе с линейным разрезом с другой стороны. Оба эти способа позволяют исполнять операции внутри носа так, что не остается ни малейшего рубца. Оба способа значительно сокращают время лечения и улучшают шансы операции. На основании своего опыта в 23 различных случаях кривого носа автор считает, что оперативное исправление кривого носа целесообразно и заслуживает рекомендации.

(*Deutsche med. Wochenschrift*, 5 декабря 1907)

### Лечение крупозной пневмонии сывороткой

F. Kriche дает краткую историю болезни 10 случаев крупозной пневмонии, леченных сывороткой Römer'a. Свои выводы он формулирует следующим образом. Тотчас после впрыскивания наступает повышение  $t^{\circ}$ , иногда рвота и усиление отдышки. Это кратковременное ухудшение уступает затем место объективному улучшению: цианоз и сонливость уменьшаются,  $t^{\circ}$  падает, пульс замедляется, наступает пот, мокрота становится белой, исчезает отдышка, воспалительный процесс начинает разрешаться. Все эти явления автор наблюдал настолько постоянно, что считает необходимым отныне прибегать к сыворотке во всех случаях крупозной

пневмонии, независимо от возраста пациента и от периода болезни. Что касается дозировки, то вначале автор впрыскивает 10 к.с., если же к утру следующего дня кризис не наступает, то он повторяет впрыскивание в той же дозе. В очень тяжелых случаях рекомендуется ежедневное впрыскивание по 20 к.с. до наступления кризиса. Слабость сердца не является противопоказанием для применения сыворотки. Напротив, автор убедился в благотворном влиянии сыворотки на кровообращение. Обычное симптоматическое лечение в некоторой части упраздняется серотерапией: наперстянка и водолечебные приемы становятся излишними; после кризиса приходится прибегать иногда к откашливающим.

(*Med. Klinik*, 1 ноября 1908)

### Случай мнимой глухонемоты

Девочка, 9 лет, была приведена к автору (Ch. Armand), как глухонемая. Она начала говорить около года, но потом перестала, и в настоящее время произносит лишь немногие слова, притом сильно исковерканные. При тщательном исследовании обнаруживается, однако, что слух, хотя сильно пониженный, у нее имеется, так что девочка оказывается не глухонемой, а, скорее, отсталой, так как ее считали неизлечимой и не заботились об ее воспитании. Лечение, состоявшее, кроме удаления аденоидных разращений и продувания ушей, в систематических занятиях с ребенком, через несколько месяцев дало большое улучшение слуха и речи; девочка могла не только произносить названия окружающих предметов, но и передавать связно маленькие рассказы. Это наблюдение показывает, насколько необходимо самое осторожное и внимательное исследование ребенка, прежде чем признать его глухонемым, и несомненно, что в этом отношении делается не мало ошибок, особенно когда вопрос решается без участия специалиста.

(*Archive internat. de laryng.* T. XXXIV, № 5, М. Бомаиш)