

Jacobs, A. Renal Tuberculosis (Brit. Med. Journ. 1934, № 1. 420). Автор сообщает о 70 случаях туберкулеза почек. В 30% случаев поражение было двусторонним. При односторонних поражениях делалась нефрэктомия даже в случаях, если в моче противоположной почки находили туберкулезные палочки. Послеоперационное лечение включало санаторный режим. В описанных случаях результат хирургического лечения был хороший. В. Пшеничников.

Kirschner (Zschr. urolog. Chir. 1933, Bd. 36, S 191). В случаях иноперабельного рака простаты—где, как известно, больные переносят ужасные боли, в особенности отдающие в седалищный нерв, автор предлагает три способа прекращения этих болей: 1) перерезку проводящих боли корешков спинного мозга, 2) длительную спинно-мозговую анестезию (кроме обычного раствора впрыскивается еще алкоголь, прерывающий надолго нервные раздражения), что сопровождается обычно везикоректальным параличем и 3) эпидуральное впрывкивание алкоголя. В. Пшеничников.

д) Ото-рино-ларингология.

Аллергия как один из этиологических факторов в развитии т. наз. слизистых носовых полипов. Kerni Schenk (Trans. of the Col. of Phys., Vol. 1, № 2, 1934, Philadelphia), изучая этот вопрос, могли показать, что слизистые носовые полипы встречаются гораздо чаще при аллергических заболеваниях дыхательного тракта, чем при не аллергических. Они полагают, что в большинстве случаев продолжительное действие аллергена вызывает набухание слизистой, продолжающееся до того сезона года, когда наблюдаются обычно бактериальные воспаления слизистой дыхательных путей. Аллергическое изменение слизистой подготавливает, так обр., почву для повышенной чувствительности к инфекции. В меньшем количестве случаев сначала наблюдается инфекционное заболевание слизистой, переходящее при наличии аллергической конституции уже в гиперергическое заболевание. В этих случаях набухание слизистой из воспалительного красного переходит в аллергическое (бледнее, отчетнее, с образованием гиперплазии). Отечный слизистый полип рассматривается аа. как крайняя степень аллергического изменения слизистой. При лечении таких полипов должно принимать во внимание, следовательно, оба фактора: как аллергический, так и бактериальный. Н. В.

Об абсцессе височной доли после перелома пирамидки височной кости. Dr W. Grete (Archiv für Ohr—Nas. u. s. w. B. 131, N. 4, 1933) сообщает наблюдение над абсцессом мозга, возникшим после перелома скалистой кости, оперированным по истечении 6-ти месяцев после повреждения с исходом в полное выздоровление и совершенное восстановление слуховой функции. Казуистика моздных абсцессов мозга после переломов—скудна, т. к. эти осложнения чаще наблюдаются после трещин основания черепа в области передней черепной ямы с повреждением носа или его придаточных пазух. Из некоторых до сих пор опубликованных аналогичных случаев повреждений уха вытекает, что абсцесс мозга, являясь следствием фрактуры пирамидки, влечет за собой заболевания твердой мозговой оболочки с образованием экстра-и интрадуральных гематом, трещин durae и спаяк.

Последующий менингит чаще наблюдается после трещин скалистой кости с переломом лабиринта. Ясно, насколько необходимо изучать каждый случай фрактуры пирамидки, чтобы быть в состоянии точно диагностировать наличие и направление трещины.

Продолжительное, с запахом, гнойное отделяемое из уха, после перелома скалистой кости, установленного рентгеном, указывает на более глубокие осложнения (экстрадуральные, интрадуральные, интралабиринтарные нагноения, скопления некротических осколков и т. д.), которые как сами по себе, так и в соединении с другими симптомами представляют абсолютные показания к оперативному вмешательству. Б. Соколов.

Инцизия или тонзиллэктомия? К вопросу о лечении паратонзиллярных абсцессов. Проф. А. Link (Archiv für Ohr.—Nas. u. s. w. 1933, B. 131; N. 4) Автор говорит о том перевороте в клинике небных миндалик, который произвел новый метод лечения паратонзиллярных абсцессов широким применением тонзилэктомии. Еще в 1921 г., 1930 г., тонзилэктомия при паратонзиллярных абсцессах была предложена последовательно Winkler'ом, Leninger'ом и

Math'e; сам автор безуспешно с 1928 г. проводит в своей клинике, в Грейфсвальде, данную операцию при паратонзиллярных абсцессах. Вначале данная операция производилась с оставлением нижней части тонзиллы, но в связи с возможными рецидивами перешли к более полной—радикальной тонзиллэктомии. Считая, что распространенный до сих пор метод вмешательства при паратонзиллярных абсцессах в виде вскрытия не радикален и не гарантирует от рецидивов, автор горячо рекомендует тонзиллэктомию.

Операция проводится под местной анестезией: больному вводится подкожно атропин, пантопон или морфий. Затем снаружи у угла нижней челюсти вводится в направлении несколько кверху и медиально от угла, в глубину и медленнее до 5—10 см. $\frac{1}{2}$ —1% раствора новок ин-адреналина. Кроме того, делается 4 вкола иглы в область передней дужки и всей увеличенной, воспаленной ткани тонзиллы—через рот. Производится серповидный разрез (вогнутостью книзу) от основания uvulae наружи. Отсепахов т. обр. ножницами переднюю дужку, приступают к постепенному вылучению самой тонзиллы последовательно с верхнего полюса, с задней поверхности и у нижнего полюса вылученная тонзилла убирается петлей. После удаления—тщательная ревизия всевозможных углублений, ходов, перевязка сосудов и т. д.

Послеоперационно: покой, холод, полоскание; при болях: аспирин, морфий.

Б. Соколов.

Нормальное развитие человеческого носа, в частности—клеток решетчатого лабиринта. Dr Richter (Archiv für Ohr.—Nas. u. s. w. B. 131; N. 4. 1933), исследуя целый ряд анатомических препаратов интересующих органов в различных разрезах и возрастах, приходит к следующим данным: решетчатая кость, как небольшое раковиноподобное образование, образуется ко 2-му месяцу зародышевой жизни в виде небольшого выступа боковой стенки носа; остовы решетчатых раковин млекопитающих животных соответствуют таковым же человека и к концу утробной жизни представляют утолщения на боковых стенках носа. Это утолщение лежит кпереди от переднего конца средней раковины и выше нижней раковины, представляется как бы отдельной, оторвавшейся частью средней раковины, направленной книзу—т. наз. решетчатая клетка I-ая по Spuler's'y. Первоначально решетчатые клетки возникают через активное врастание эпителия носовой полости в эмбриональную соединительную ткань. Они имеют расположение соответственно среднему, верхнему и добавочному носовым ходам, благодаря чему различают: (по Fleischman'у) Procribrum (верхние передние и нижние средние клетки), Metakribrum (верхние средние и задние клетки), Metakribrum (задние клетки); нижние передние решетки суть дериваты челюстных синусов.

Благодаря такому расположению автор рассматривает: а) нижне-передние клетки—как клетки челюстной полости; б) клетки решеток, соответств. среднему носовому ходу—как решетчатые клетки I-ые; в) клетки, соответствующие верхнему носовому ходу—как решетчатые клетки II-ые; г) клетки купола, как решетчатые клетки III. Автором подтверждается предположение Spuler's'a, что concha suprema есть часть верхней раковины. Соответственно исследованиям Günwald'a и Hajek'a автор нашел образование тончайших перегородок между отдельными клетками лабиринта, образующихся благодаря местным выпячиваниям стенок решетчатых клеток. „Трудно себе представить возникновение этих полостей без предшествующего воспаления“—говорит автор—„Обликовка“ решетчатых клеток происходит за счет толстого слоя мезенхимы. Первые признаки окостенения в области решеток устанавливаются около выходного отверстия полости на 6-ом месяце утробного периода, в дальнейшем процесс окостенения идет за счет новообразования кости по внутренней поверхности клеточных стенок и позднее (с 8-го месяца) переходит на внешнюю поверхность,—стенки утолщаются. К 1-му году жизни слизистая решетчатых клеток постепенно истончается и простирается в отдельные клетки. Кровеносные сосуды слизистой решеток расположены в 2 слоя: субэпителиальный и парасальный, большие сосуды лежат преимущественно вблизи скелета; указанные взаимоотношения сосудов остаются и при появлении кости. Через отверстия в laminae parrugaseae осуществляется кровообмен между решетками и орбитой. У грудных детей автор наблюдал существование анастомозов между слизистой решеткой и носовой полостью, периостом эндокраниума, твердой мозговой оболочкой и т. д.