

равнивалась T⁰ и т. п.) а.а. отмечали рентгеноскопически исчезание каверн. Лучшие результаты получались в свежих случаях тбк, плохие результаты—в случаях диффузных фиброзных изменений и в старых процессах. А.а. предпочитают масляную суспензию Solganella водным раствором препарата.

Н. Крамов.

73) Искусственный пневмоторакс—отдаленные результаты. Veгап (Presse Med. № 10, 1932) разобрал 226 случаев п. т. В 60% п. т. прекращен по медицинским показаниям. В указанных случаях одностороннего п. т. длительное выздоровление—в 81%, относительное здоровье—в 11% и рецидивы в 8%. Лучшие результаты получены, когда коллапс продолжался 4 года после исчезновения ВК в мокроте. Чрезмерно длительное ведение п. т., более 6 лет, по меньшей мере бесполезно, иногда опасно.

Н. Крамов.

Ото-рино-ларингология.

74) Профилактика заболеваний ушей у новорожденных. В целях борьбы с глухотой и заболеваниями уха Malherbe предлагает (Pr Med. № 16, 1932) стерилизацию носолобного пространства новорожденных. Это последнее является в подавляющем большинстве случаев очагом, откуда инфекция проникает в ухо. Подобно профилактике глаза, предлагается введение 2—3 капель 1% раствора протаргола, аргирола или колларгола в каждую ноздрю новорожденного.

Н. Крамов.

75) С. Thomson (The Journ. of Laryngol. otolog, 1931), ставит под сомнение необходимость операций, производимых с целью деканюляции. По его мнению, канюляры не подвергаются легочным страданиям, больше, чем свободные от трубки. Большого несчастья в ношении канюли автор не видит. Его больные с трубкой несли ответственные задания; но для канюляров невозможно купавье. Свои положения Thomson иллюстрирует клиническими наблюдениями. Женщина носит трубку 70 лет; родила 7 здоровых детей, второй больной носит канюлю 50 лет, умер в возрасте 81 г. от старческого истощения. Среди канюляров имеется одна танцовщица.

Проф. Трутнев.

76) Benjamin's (Rev. de Laryngol, 1931 г.), приводит статистики американских авторов, которые наблюдают обилие легочных обессов после тонзиллэктомии: Cutler and Shleuter—1908 абсц., из которых 500 после операций; из последних 257 после тонзиллэктомии. Mayo—48 случаев после тонзиллэктомии, 14—после экстракции зубов, 38—после лапаротомий. Flick—172 абсцесса, из которых 97 после тонзиллэктомии. У европейцев это осложнение после тонзиллэктомии реже. Пути инфекции: 1) ингаляция септического материала в течение или непосредственно после операции. 2) Эмболия легких. Meuserohn бронхоскопировал 200 детей после тонзиллэктомии, произведенной под общим наркозом и нашел кровь в трахее в 77%. Sglauer—40%. Причину несовпадения статистик европейских с американскими автор видит в том, что европейцы оперируют под местной анестезией и в сидячем положении, американцы—под общим наркозом и в лежачем положении. Кроме того, Benjamin's считает, что увеличению осложнений способствует оперирование при острых явлениях. Выводы: 1) Тонзиллэктомия должна производиться при холодном состоянии миндалин. 2) Верхние дыхательные пути должны быть здоровы. 3) Общая анестезия—исключение. 4) Предпочтительно прибавлять к анестезирующей жидкости адреналин. (при местной анестезии).

Проф. Трутнев.

77) D. Haumen и B. Russell. (The Journ. of Laryngol. otolog, 1931) предлагают новый способ лечения фронтитов. Поводом к применению этого метода послужило следующее обстоятельство. Врач, больной фронтитом, обратился за помощью, отказавшись от операции. „Вставьте мне какую-нибудь трубочку“, заявил больной, изверившийся за 7 лет болезни в хирургических методах. Это было сделано. За 10 лет Douglas Haumen привел по этому способу 63 случая. Техника операции: местное обезболивание, разрез непосредственно под внутренним концом брови. Не следует доходить до N. Supraorbitalis. Отделение периста, перфорация передней стенки пазухи; отверстие делается величиною с горошину. Слизистая разрезается. Секрет высасывается. Серебряный или золотой зонд через рану вводится в пазуху и выводится в нос. К нижнему концу привязывается нитка, к ко-