

ущемленных пупочных грыжах, гл. обр. в случаях небольших грыж с тяжелыми явлениями. То же следует сказать о грыжах, ущемленных продолжительное время до операции. Особенно благоприятно вливание поваренной соли при инвагинациях, преимущественно у маленьких детей. Здесь, в виду частой невозможности интравенозного вливания, следует прибегать к ректальному введению соли (20% раствор в виде небольших клизм). При непроходимости толстых кишек применение повар. соли не дает результатов, т. к. в таких случаях потери соли в организме не наступает, вся роль солевого вливания здесь сводится к повышению перистальтики после операций (20 куб см. 20%-го раствора). При послеоперационных стенозах влияние солевого вливания сказывается также гл. обр. на перистальтике, в виду чего им никогда не следует пренебрегать. Значительных нарушений от вливаний солевых растворов не наблюдалось (изредка ощущение тепла во всем теле, сухость и соленый вкус во рту). Следует избегать инъекций в перивенозную ткань, во избежание болезненных некрозов. В заключение описывается метод, дающий возможность точного определения содержимого поваренной соли в крови и в кровяной плазме.

И. Цимхес.

г) Болезни уха, горла и носа.

32) Из 17 тромбозов отогенного происхождения, наблюдавшихся I. H. у basek'ом (Otolaryngologia Slavica, 1930, S. 353), 3 случая принадлежали к *первичным тромбозам v. mastoideae*. 34-летняя женщина была оперирована на 3-ей неделе после начала острого среднего отита вследствие развившегося мастоидита. Отит начался после перенесения гриппа. На операционном столе был обнаружен, помимо гноя и грануляций в верхушечных клетках отростка, тромб *v. mastoideae*. Пункция sinus'a в трех местах показала кровь. Послеоперационное течение гладкое. 5-летний ребенок был оперирован по поводу острого мастоидита с флюктуирующей и болезненной припухлостью в области *v. mastoidea* при целой, но серой и набухшей барабанной перепонке и при септической температуре. Во время операции обнаружен перисинуозный абсцесс в области выхода *v. mastoideae* и тромб последней. По удалении тромба и перисинуозных клеток резкое падение температуры до нормы и быстрое выздоровление. Пятилетний ребенок поступил в клинику по поводу острого мастоидита, развившегося на почве острого среднего отита. При объективном исследовании—гной в слуховом проходе, резкая набухлость и покраснение барабанной перепонки с перфорацией в нижнем отделе при отсутствии каких-либо изменений со стороны сосцевидного отростка и задне-верхней стенки слухового прохода. Но ввиду наличия септической температуры ребенок был оперирован. Все клетки отростка заполнены гноем и грануляциями и *v. mastoidea* тромбозирована. Пункция sinus'a в нескольких местах дает кровь. После удаления тромба из *v. mastoidea* критическое падение температуры до нормы. Через 5 дней внезапное повышение температуры со знобами. При осмотре операционной раны обнаружен небольшой тромб sinus'a на месте выхода *v. mastoideae*. По удалении тромба сильное кровотечение, останавливаемое тампонадой. Через 2 дня ввиду непрекращающейся лихорадки—перевязка *v. jugularis*, вскрытие sinus sigmoideus и удаление имеющегося тромба в последнем. Через 10 дней новая ревизия операционной раны, где был обнаружен тромб поперечной пазухи. Через несколько часов после этой операции—exitus. Аутопсия нового не дает. Автор считает, что в данном случае был изолированный первичный тромбоз *v. mastoideae*. Тромбоз синуса развился позднее вследствие эндотромбозических изменений пазухи.

Б. Голланд.

33) Н. Richter (Münch. med. Woch., 1930, № 32, S. 1354) подробно останавливается на *показаниях к резекции носовой перегородки*. Отсутствие носового дыхания при наличии искривленной носовой перегородки и морфологически измененных раковин является одним из главных показаний к резекции перегородки. При воспалительных процессах в носу должно быть точно установлено, поддерживается ли данный процесс имеющейся деформированной перегородкой, в противном случае автор считает резекцию перегородки грубой ошибкой. Также обстоит вопрос при вазомоторных ринитах. Последнее усиливается имеющимися выступами и шипами перегородки, вызывающими раздражение противолежащих набухших, но не гиперпластических раковин. Все-таки автор считает, что также при этих формах должно быть предварительно испробовано консервативно-терапевтическое лечение (прижигание и др.). При бронхиальной астме автор рекомендует резекцию