

Bloomfield и Fetty исследовали 200 сиделок. В 67 случаях, где были удалены миндалики, в 9% обнаружили небольшие колонии strept. haemol. В 108 случаях, где миндалики не удалялись, в 37% обнаружено много колоний strept. haemol, Dick и Dick нашли, что у 30 здоровых лиц, глотки которых были смазаны чистой культурой strept. haemol, только у 7 развился острый тонзиллит.

Тип поражения глотки бывает различным—от разлитой гиперемии слизистой до тяжелой деструкции ткани. Мембранозное поражение может наблюдаться в различных отделах верхнего дыхат. тракта и, поражая нос, может симулировать дифтерию. Ангина Людовика также относится к стрептококковым поражениям глубоких отделов шеи и гортани.

Другая форма стрептококковой инфекции встречается в виде язв, которые могут быть даже на истинных голосовых связках.

Далее, инфекция в глотке проявляется в отеке слизистой оболочки и подлежащих тканей. Отек поражает иногда надгортанник и тогда существует опасность асфиксии, осложнения бывают общие и местные. Из первых наблюдаются полиартриты, нефриты и множественное увеличение желез. Из местных—частым осложнением бывает перитонзиллярный абсцесс. Автор подчеркивает благотворное действие антистрептококковой сыворотки.

И. И. Щербатов.

О смертных случаях при местном применении новокаина. Th. Seeger. Archiv für Obren, Nasen und Kehlkopfheilkunde Bd. 132, H. I 1932.

Автор наблюдал два случая внезапной смерти после местного применения новокаина. Он дает сборную статистику опубликованных случаев, где имеется 64 смерти от новокаина. 53% приходится на область шеи, при чем из них $\frac{2}{3}$ падают на тонзиллектomie, остальные на область грудной клетки, спланхикусанэстезию и сакральную анестезию. Он подробно останавливается на предположениях о причинах смерти. Авт. казывает, что смерть в большинстве случаев наступала в пределах 10 мин. Концентрация раствора достигала $\frac{1}{2}$ %. Количество новокаина было от 0,01 до 1. Главной причиной смертности местного применения новокаина автор считает рефлекторное воздействие. На нее оно зависит от рефлекса со стороны sinus caroticus, который путем действия через p. caroticus на p. glossopharyngeus действует на сердце, вызывая мерцание желудочков. В области грудной клетки смерть может произойти от раздражения плевры, в брюшной полости от раздражения p. splanchnicus. Причина смерти от сакральной и лумбалной анестезии может зависеть от повышенного давления liquor. Автор рекомендует учитывать предрасположение пациентов, в смысле повышенной чувствительности в области рефлекторного механизма, топографо-анатомические рефлексогенные зоны и направление укола. Поэтому следует опасаться анестезий в таких местах, где смерть наступает при относительно незначительном механическом influence.

И. И. Щербатов.

Острый мастоидит и субокупитальный tbc. Engelhardt. Archiv für Ohren—Nasen—Kehlkopfheilkunde. Bd. 131. H. 3. 1932 г.

Приводится случай, когда у 58-летнего пациента развилось острое гнойное воспаление левого среднего уха, осложнившееся мастоидитом. При трепанации найдено разрушение в сосцевидном отростке, в средней черепной ямке и верхушке. Во время наркоза голова с трудом могла быть повернута вправо. В послеоперационном периоде оставалось ограниченное вращение головы вправо, и имелась двусторонняя затылочная невралгия. Только через 7,5 недель после операции появился инфильтрат сади правых кивательных мышц и в ретрофарингеальном пространстве. Из последнего излился типичный для tbc гной. R. дал неясную структурность в передней дуге атланта.

Автор считает, что в данном случае имелся латентный tbc атланта, вспыхнувший благодаря заболеванию уха и операционной травме. Прогноз tbc верхних шейных позвонков—неблагоприятен. Терапия должна ограничиваться пункцией абсцесса.

И. И. Щербатов.

Показания для радикальной операции при хроническом гнойном воспалении среднего уха. S. Mygind. The Journal of Laryngology and Otology, № 5, 1932 года.

Автор в своей статье разбирает оперативный материал 556 радикальных операций за 8 лет. Показания к операции менялись на протяжении лет. Вначале автор оперировал широко до 1925 года, когда количество операций в год равнялось

74, за последние же годы оно уменьшилось до 48. А. применял беспластичную радикальную операцию, которую после оставил из-за неблагоприятных результатов, также резко сократил операции по Вагану. Рецидивы после радикальной операции равны 5–6%. Показания к операции он делит на абсолютные и относительные. По абсолютным показаниям оперировано 333 случая, т. е. 59%. Смертность 14%. По относительным показаниям оперировано 174 случая, с 3 смертями. В этой группе холестеатома наблюдалась в 55 случаях. Всего холестеатома наблюдалась 312 раз, т. е. 56%. А. указывает на тот факт, что холестеатома часто не проявляется объективными признаками, а случайно обнаруживается при операции. При холестеатоме вдвое чаще встречаются тяжелые осложнения, чем при обычном нагноении среднего уха. Фистулу лабиринта и паралич лицевого нерва он не считает абсолютным показанием к радикальной операции. Операция была излишней в 50 случаях, оперированных по относительным показаниям. Наиболее обманчивыми признаками являются головокружение и головные боли. А. в настоящее время придерживается консервативной позиции и особенно предостерегает оперировать у детей при наличии плохого слуха на другое ухо. Лицам, страдающим хроническим нагноением среднего уха, необходимо общее лечение, так наз. „сухал диэта“. Детям надо укреплять общее состояние.

В настоящее время автор применяет прежний метод операции с пластикой и длительной тампонадой.

И. И. Щербатов.

К вопросу о послеоперационном синустромбозе. Kriegsmann. Archiv für Ohren—Nasen und Kehlkopfheilkunde. Bd. 131. H. 3, 1932 г.

Автор проверил истории болезней за 18 месяцев. В 241 случае была антротомия и в 86 случаях радикальная операция. На 241 антротомий синус был обнажен 133 раза, из них он выглядел нормальным в 132 случаях. 127 случаев зажили без осложнений, как и те, где синус не был обнажен. В 5 случаях появился послеоперационный синус—тромбоз, потребовавший выключения синуса и перевязки v. jugularis. Один из них кончился летально. При радикальной операции на 86 случаев синус был обнажен 23 раза. В 18 случаях он выглядел нормальным. В одном из них на следующий день высокая т-ра. При реоперации—изменения на стенке синуса. Перевязка v. jugularis. Выздоровление. В 5 случаях были изменения на стенке синуса, 2 из них выздоровели без осложнений. В двух случаях по поводу ознобов—выключение синуса и перевязка v. jugularis. Выздоровление. В 5-м случае уже существовал синус-тромбоз, который кончился летально. Разбирая случаи вторичных синус-тромбозов автор указывает, что от обнажения синуса до появления признаков пиемии проходит от 2 до 5 дней.

На основании всех случаев автор решающую роль в возникновении вторичных синус-тромбозов приписывает вирулентности возбудителей, а также благоприятствующим факторам в виде давления и повреждения эндотелия. Он рекомендует не обнажать синус, за исключением тех случаев где есть к тому показания. Затем следует избегать ранних операций при мастоидитах, так как при них в нескольких случаях наступил тромбоз.

При обострении хрон. гнойн. воспал. уха следует избегать оперировать в этой стадии, если же этого нельзя избежать, то показано обнажение синуса и тампонада его, рану закрывать наглухо не следует.

И. И. Щербатов.

Синдром Градениго. Hutchison. The Journal of Laryngology and Otology 1932 г. № 10.

Автор сообщает о наблюдавшемся им случае острого отита у 6-ного 39 лет, который осложнился болями в области тройничного нерва на стороне заболевшего уха. В дальнейшем была произведена антротомия, которая уничтожила гноетечение, но невралгические боли продолжались. После появился паралич n. abducens. Реоперация. Найдены клетки, идущие под tegmen tympani вниз в каменистую кость. После операции улучшение. Невралгические боли исчезли. Паралич n. abducens исчез через 6 месяцев. Пациент выздоровел.

И. И. Щербатов.

Зависимость дифтерии, бациллоносителей и заболевания сосцевидного оттока от миндаляков и аденоидов.

G. Brown. The Journal of Laryngology and Otology. № 10. 1932 г.

Автор рассматривает вопрос о наличии миндаляков и преобладания дифтерии, бациллоносителей и мастоидитных заболеваний. Он указывает, что бациллоносители