

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 обманимыми 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 джэ-та“. 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 Kehlkopfkunde. Bd. 131. N. 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 в 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 пиэмии 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. средн. 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 гноеетечение, но невралгические боли продолжались. После появился паралич n. abducens. Реоперация. Найдены клетка, 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 миндаликот и аденоидов.

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

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

ли были излечены в короткий период после удаления миндаликов и аденоидов. Из 600 случаев, кому была сделана полная тонзиллэктомия, ни разу не наблюдалась дифтерия. Из сводки 4764 случаев дифтерии только у двух отсутствовали миндалики, но диагноз у них не был подтвержден бактериологически.

После того, как автор стал часто применять операции на миндаликах и аденоидах, количество заболеваний сосцевидного отростка резко снизилось.

Отрицательные результаты от операции на миндаликах и аденоидах, он приписывает затрудненному носовому дыханию и заболеванию синусов, на что надо обратить внимание, прежде чем решиться на операцию.

Автор статьи приписывает определенные улучшения в психическом и физическом состоянии после полного удаления миндаликов и аденоидов.

И. И. Щербатов.

Искусственный абсцесс. G. S a n u y t. The Journal of Laryngology and Otology. № 10. 1932.

Автор применял искусственный абсцесс при септической инфекции и устанавливает показания для него и технику. Искусственный абсцесс—метод, целью которого является искусственное вызывание посредством раздражения скипидарным маслом образование абсцесса в подкожной клетчатке. Доза для взрослых 1 куб. см., у детей от 2—3 капель. Скипидар впрыскивается в переднеаружную область бедра в клетчатку. Через 48 часов место укола начинает припухать и на 5—6 день появляются явные признаки абсцесса. Отсутствие реакции является дурным прогнозом, часто указывающим на летальный исход. Когда абсцесс созрел, его вскрывают маленьким разрезом. Выздоровление быстрое, первичным натяжением.

При легкой инфекции применять абсцесс не стоит. При очень тяжелых инфекциях, когда иссякли все противозащитные силы, вызывать абсцесс бесполезно. Показания для него следующие: тяжелые формы пневмонии и бронхоневмонии, пuerперальная лихорадка (показано применение в ранних стадиях) цереброспинальный менингит и тяжелые случаи эпидемического энцефалита, тяжелые формы гриппа с легочными осложнениями, брюшной тиф, тяжелая септицемия и септикоциемия. В этих случаях искусственный абсцесс дает самый лучший результат. Автор удовлетворен этим способом в случаях стрептококковой инфекции ушного происхождения. Инъекции скипидара были началом быстрого улучшения в состоянии пациента.

И. И. Щербатов.

Послеоперативные результаты радикальной операции у детей. Послеоперативная оторрея. A s c h e r s o n. The Journal of Laryngology and Otology № 5. 1932 г.

Автор приводит результаты радикальной операции у детей до 16-летнего возраста. Применялась как радикальная, так и консервативная операция. В 50% полость уха сделалась сухой. Двусторонняя радикальная операция дала резкое ухудшение слуха. Из осложнений в 2 случаях получилась полная атрезия слухового прохода, в двух—перихондрит и в двух—обширный келоид на месте разреза. Автор отмечает благоприятный результат для слуха после пересадки мышцы в рану. Он затем подробно останавливается на послеоперационной оторрее сосцевидного отростка и барабанной полости. Отмечает, что источники гноетечения иногда бывают скрыты то корочками серы, то в глубине полости, которую трудно обозреть. В заключение автор рекомендует ряд указаний относительно техники операции и послеоперационного ведения больного. При консервативном лечении он предлагает лечить уши ионизацией *zinci sulfurici*.

И. И. Щербатов.

б. Внутренние болезни.

Нагрузка желатиной, как клиническая функциональная проба печени. M a l k e сообщает о печеночной функциональной пробе печени, которая указывает на расстройство белкового обмена в печени (Münch. Med. Woch. 1932, S—1430). Она состоит в даче питья желатины и определении в моче через определенное время аминокислот.

Нормально максимум выделения лежит в первые 4 часа. В патологических случаях общее количество может быть увеличено или изменяться время выделения.

А. Миркин.