

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.