

Луи Якобсон

**Руководство по ушным
болезням для врачей и
учащихся**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 82-3
ББК 84-4
Я46

Я46 **Якобсон Л.**
Руководство по ушным болезням для врачей и учащихся / Луи Якобсон – М.:
Книга по Требованию, 2026. – 721 с.

ISBN 978-5-521-39590-3

ISBN 978-5-521-39590-3

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2026

© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2026

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

чтобы убѣдиться, какъ важно для врача своевременное распознаваніе и леченіе ушныхъ болѣзней, съ цѣлью избавленія пациентовъ отъ страшныхъ болей и невыносимыхъ субъективныхъ шумовъ, сохранивъ имъ притомъ столь необходимый органъ чувства, то съ другой стороны, важность врачебнаго вмѣшательства выступаетъ еще рельефнѣе, если мы вспомнимъ, что нѣкоторыя формы ушныхъ заболѣваній въ весьма многихъ случаяхъ ведутъ даже къ смерти. Это именно столь частыя гноетеченія изъ уха, обусловливаемые воспаленіемъ слухового прохода и особливо средняго уха, которыя не сопровождаясь теченіемъ многихъ лѣтъ никакими субъективными ощущеніями и по сегодняшній день нерѣдко остаются безъ всякаго леченія.

Здраво разсуждая, мы конечно не должны бы удивляться, что патогенительный процессъ въ органѣ, лежащемъ столь близко къ основанію черепа, какъ ухо, легко можетъ распространиться на черепную полость, мозгъ и т. п., и что въ такомъ случаѣ возникаютъ заболѣванія какъ воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, мозговые нарывы и закупорка мозговыхъ пазухъ, каковыя заболѣванія, если они въ повѣйшее время и оканчиваются иногда выздоровленіемъ, тѣмъ не менѣе въ большинствѣ случаевъ, какъ мы это дальше увидимъ, всетаки ведутъ къ смертельному исходу.

Доказавъ такимъ образомъ важное вліяніе ушныхъ заболѣваній, не только на здоровье, но и на жизнь больныхъ, намъ предстоитъ еще обсудить вышеприведенный третій пунктъ, т. е. указать, почему именно такъ важно возможно раннее распознаваніе и леченіе болѣзней уха. Это, конечно, относится также ко всѣмъ заболѣваніямъ вообще, при болѣзняхъ же уха особенно важно по слѣдующимъ 2-мъ причинамъ. Органъ слуха въ своихъ наиболѣе важныхъ въ функціональномъ отношеніи отдѣлахъ, а именно, какъ въ среднемъ, такъ и внутреннемъ ухѣ, представляетъ лишь самые незначительные размѣры. Отсюда слѣдуетъ, что даже незначительнаго припуханія слизистой оболочки средняго уха уже достаточно для того, чтобы привести въ соприкосновеніе или, въ нѣкоторыхъ случаяхъ обусловить сращеніе противоположныхъ стѣнокъ барабанной полости, которая въ нормальномъ состояніи раздѣляется слоемъ воздуха, хотя разстояніе между ними мѣстами не превышаетъ и 2 мм. То же самое, но въ еще большей степени относится и къ слуховымъ косточкамъ, которыя отстоятъ отъ сосѣднихъ стѣнокъ барабанной полости на еще меньшее разстояніе. Такія же отношенія существуютъ и въ лабиринтѣ. Что патологическое соприко-

своение различных, нормально раздѣленныхъ воздухомъ частей слухового аппарата барабанной полости въ состояніи ограничить ихъ способность къ воспринятію звуковыхъ колебаній и тѣмъ самымъ уменьшить острогу слуха соотвѣтственнаго уха, не нуждается въ дальѣйшихъ разъясненіяхъ.

Если такое состояніе распознается своевременно, то въ большинствѣ случаевъ возможно устраненіе его соотвѣтствующими терапевтическими мѣрами. Если же съ теченіемъ времени между отдѣльными частями барабанной полости успѣли уже образоваться плотныя сращенія, то результатъ леченія нерѣдко крайне сомнителенъ и иногда даже послѣднее уже невозможно.

Точно также какъ въ отношеніи сохраненія слуха, своевременное разумное леченіе весьма важно и въ отношеніи предупрежденія дальнѣйшаго распространенія воспалительнаго процесса на черепную полость съ протекающими отсюда смертельными осложнениями. Вначалѣ обыкновенно довольно легко можно справиться съ гнойнымъ воспаленіемъ барабанной полости; если же оно существуетъ уже втеченіи многихъ лѣтъ и со слизистой оболочки уже распространилось на костныя стѣнки средняго уха, то леченіе нерѣдко встрѣчаетъ неопределимыя трудности и требуетъ подчасъ энергичныхъ оперативныхъ вмѣшательствъ, при чемъ послѣднія даже иногда уже не въ состояніи оградить больного отъ пагубныхъ послѣдствій гноетеченія изъ уха и сохранить ему жизнь.

Вторая причина, почему именно при болѣзняхъ уха такъ важно раннее распознаваніе ихъ врачемъ, основана на томъ, что сами больные, за недостаткомъ субъективныхъ ощущеній, весьма часто пренебрегаютъ своимъ заболѣваніемъ. Какъ уже выше указано, наиболѣе частымъ и во многихъ случаяхъ втеченіи долгаго времени единственнымъ симптомомъ страданія уха является глухота. Послѣдняя однако ускользаетъ отъ вниманія гораздо чаще, чѣмъ ослабленіе зрѣнія. Если, напримѣръ, кто либо становится близорукимъ, то онъ весьма скоро замѣчаетъ, что плохо различаетъ отдаленные предметы какъ, напр., выѣски, номера домовъ и т. п., при развитіи дальнорукости больной тотчасъ же замѣчаетъ, что онъ уже не въ состояніи на обычномъ разстояніи разбирать мелкаго шрифта, что, напр., газету для чтенія приходится отодвигать на значительное разстояніе отъ глазъ.

Ослабленіе зрѣнія или суженіе поля зрѣнія лишь въ одномъ глазу, конечно, также можетъ долгое время оставаться незамѣченнымъ.

Двухстороннее же ослабленіе центрального зрѣнія обыкновенно обнаруживается уже довольно рано, такъ какъ даже мало интеллигентные и неимущіе люди привыкли предъявлять глазамъ большія требованія, и потому даже незначительный упадокъ зрѣнія еще ощущается ими при чтеніи газеты и легкихъ рукодѣлій.

Иначе обстоитъ дѣло съ ухомъ. Ослабленіе остроты слуха сопрягается большинствомъ людей лишь тогда, когда пониманіе обычной громкой разговорной рѣчи становится для нихъ затруднительнымъ. Такой разговоръ однако воспринимается нормальнымъ ухомъ въ закрытомъ помѣщеніи на разстояніи по крайней мѣрѣ въ 30 метровъ, т. е. на такомъ разстояніи, на которомъ вообще многіе люди не желаютъ слушать, между тѣмъ какъ другіе лишь случайно замѣчаютъ недостаточность своего слуха при посѣщеніи театра или какихъ либо собраній, приписывая неразслышанное, однако, вначалѣ дурнымъ акустическимъ условіямъ или невнятному произношенію оратора или актеровъ.

Весьма понятно, что при тѣхъ, относительно незначительныхъ требованіяхъ, которыя жизнь даже въ цивилизованныхъ странахъ предъявляетъ органу слуха, тупость слуха можетъ достигнуть даже значительной степени прежде чѣмъ будетъ замѣченной, особенно же при одностороннемъ пораженіи уха. Удивительно, однако, что нерѣдко родителей дѣтей, страдающихъ ушами, никакъ нельзя убѣдить въ глухотѣ послѣднихъ. Нерѣдко, когда ушной врачъ доказываетъ окружающимъ, что ребенокъ въ состояніи повторять лишь громко и вблизи произнесенныя слова и не слышитъ шепота, ему возражаютъ, что это зависитъ не отъ глухоты, а лишь отъ застѣнчивости или разсѣянности ребенка. Въ такихъ случаяхъ, родители, отвергая существованіе ушного страданія у ребенка, являются, конечно, непосредственными виновниками развивающейся у него впоследствии глухоты. Но такъ какъ нерѣдко существуетъ притупленіе слуха какъ у дѣтей, такъ и у взрослыхъ, безъ того, чтобы это кѣмъ либо замѣчалось, то пользующійся врачъ обязанъ по временамъ изслѣдовать остроту слуха своихъ пациентовъ. Если бы подобное изслѣдованіе, не требующее, какъ мы далѣе увидимъ, никакихъ специальныхъ познаній, производилось врачами хотя бы 3 или 4 раза въ годъ, то они могли бы убѣдиться, что значительный процентъ ихъ пациентовъ одержимъ болѣзью одного или обоихъ ушей и въ такомъ случаѣ они были бы въ состояніи примѣненіемъ соответственнаго леченія достигнуть въ большинствѣ случаевъ излеченія

страданіе, которое, будучи предоставлено себѣ, со временемъ можетъ повести не только къ глухотѣ, но даже къ смерти пациента ¹⁾).

Если большинство врачей и по сегодняшний день еще не удовлетворяетъ вышеизложеннымъ справедливымъ и разумнымъ требованіямъ, то это зависитъ лишь оттого, что до сихъ поръ при врачебныхъ экзаменахъ не обращалось вниманіе на познанія по отіатріи. Поэтому изучающіе медицину за время пребыванія своего въ университетахъ вовсе не занимаются этой спеціальностью и не знаютъ даже, какое важное практическое значеніе она имѣетъ. Конечно нѣкоторые по окончаніи уже экзаменовъ стараются пополнить въ своихъ познаніяхъ этотъ пробѣлъ, но это лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Весьма понятно, что врачи, не занимавшіеся ушными болѣзнями ни въ университетѣ, ни позже, весьма мало расположены изслѣдовать ухо или слухъ своихъ пациентовъ. Далѣе также весьма естественно, что, встрѣчая въ своей практикѣ ушные заболѣванія, они нерѣдко примѣняютъ далеко не соответствующіе методы леченія. Сюда между прочимъ относятся столь частыя попытки къ извлеченію инородныхъ тѣлъ изъ уха при помощи пинцета или корнцанга, безъ освѣщенія уха рефлекторомъ. Мы ниже увидимъ, какъ часто столь не рациональные приемы со стороны врачей, направленные къ извлеченію инороднаго тѣла, стоятъ жизни больнымъ, которые быть можетъ въ такомъ состояніи могли бы легко прожить еще лѣтъ 30 или 40, а между тѣмъ, какъ мы также ниже увидимъ, правильное леченіе при инородныхъ тѣлахъ въ ухѣ весьма просто и требуетъ для своего изученія не болѣе 10 минутъ.

¹⁾ Въ этомъ отношеніи цѣлесообразно было бы также изслѣдовать остроту слуха дѣтей въ школьномъ возрастѣ въ правильные промежутки времени (по крайней мѣрѣ 1—2 раза въ годъ), что уже и предлагалось неоднократно ушными врачами. *Veit* при такихъ условіяхъ нашелъ у 30% дѣтей тупость слуха на одно или оба уха. Если установлено притупленіе слуха, то согласно *Gellé*, необходимо тотчасъ уведомить семью и предложить леченіе. Такое официальное изслѣдованіе слуха дѣтей не только довело бы къ выясненію причинъ неуспѣшности ученія у многихъ, считавшихся доселѣ лѣтними или разсѣянными и тѣмъ самымъ указывало бы на необходимость переимѣненія ихъ ближе къ учителю, котораго они до тѣхъ поръ не слышали, но и дало бы возможность довольно ранняго распознаванія столь частыхъ въ дѣтскомъ возрастѣ ушныхъ заболѣваній. Примѣненіе разумнаго леченія и въ такихъ случаяхъ, конечно, зависѣло въ значительной степени отъ доброй воли родителей. Въ этомъ отношеніи ушнымъ врачамъ и по настоящее время приходится бороться съ большими препятствіями. Неизбѣжно просто, что дѣти состоятельныхъ родителей и даже принадлежащихъ къ среднему классу, въ настоящее время, начиная съ 4—5-ти лѣтнаго возраста, чуть ли не каждые два мѣсяца посылаются къ зубному врачу не столько для леченія, сколько для предупрежденія зубныхъ болѣзней, между тѣмъ какъ въ отношеніи столь важнаго органа, какъ ухо, ничего въ этомъ смыслѣ не предпринимается.

То же самое должно сказать и о тѣхъ мѣрахъ, которыя охотно принимаются врачами, незнакомыми съ ушными болѣзнями при боли или шумѣ въ ушахъ, равно какъ и при тупости слуха, а именно: вливаніе въ слуховой проходъ нѣсколькихъ капель масла, промываніе уха водою или настоемъ ромашки и, наконецъ, введеніе въ слуховой проходъ горячихъ паровъ воды или настоя ромашки, т. е. паренье уха. Эти то благонамѣренныя назначенія, къ сожалѣнію, являются далеко не столь безвредными, какъ это кажется: такъ, въ большинствѣ случаевъ они, не только ничего не помогаютъ, но даже нерѣдко приносятъ значительный вредъ. Такъ, напримѣръ, такимъ путемъ въ затяжныхъ процессахъ съ прободеніемъ барабанной перепонки, существованіе котораго весьма часто неизвѣстно и больнымъ, они ведутъ къ обостренію гнойнаго воспаления средняго уха, отъ котораго рано или поздно погибаетъ не мало людей.

То же самое можетъ случиться, если врачъ, съ цѣлью укрѣпленія организма, назначаетъ при прободеніяхъ барабанной перепонки, хотя бы и безъ гноетеченія, рѣчныя или морскія купанья. Въ такихъ случаяхъ пропикновеніе воды въ барабанную полость нерѣдко снова вызываетъ гнойное воспаление средняго уха. Если не имѣлось прободенія барабанной перепонки, то вышеозначенное врачебное назначеніе имѣетъ менѣе роковое значеніе, но тѣмъ не менѣе все-таки далеко не безвредно, такъ какъ промываніе и пареніе уха нерѣдко вызываетъ воспаленіе наружнаго слухового прохода, особливо если не слѣдить за тѣмъ, чтобы больной послѣ промыванія или паренія еще въ теченіи двухъ-трехъ дней затыкалъ ухо ватой. Вливаніе же масла подчасъ обусловливаетъ развитіе въ ухѣ плѣсневыхъ грибовъ, что въ свою очередь вызываетъ специфическое воспаленіе наружнаго слухового прохода. Все вышеизложенное, по-видимому, должно было бы насъ убѣдить, что нѣкоторыя познанія въ ушныхъ болѣзняхъ крайне важны для всякаго врача и что таковыя въ извѣстномъ объемѣ необходимо признать обязательными.

По крайней мѣрѣ очевидно, что приемы изслѣдованія ушныхъ больныхъ хорошо должны быть извѣстны военнымъ врачамъ ради службы въ воинскихъ присутствіяхъ, желѣзнодорожнымъ врачамъ, опредѣляющимъ пригодность къ службѣ лицъ на основаніи остроты слуха и способности воспринимать, на извѣстномъ разстояніи, различные звуковыя сигналы, для судебныхъ врачей, дающихъ заключенія о тяжести различныхъ травматическихъ поврежденій уха съ указаніемъ истинной или притворной степени глухоты, а также для врачей страховыхъ обществъ, рѣшающихъ вопросъ о принятіи или

непринятіи на страхъ челоуѣка, одержимаго болѣзною уха, способною значительно сократить продолжительность его жизни.

Читатели руководствъ по ушнымъ болѣзнямъ могутъ быть раздѣлены на слѣдующія три группы, а именно:

1) Врачи, желающіе стать специалистами по ушнымъ болѣзнямъ,

2) Врачи, убѣдившіеся на практикѣ въ частотѣ и важности ушныхъ заболѣваній и потому желающіе приобрести и въ этой области необходимыя свѣдѣнія, подчитывая при случаѣ соответственные отдѣлы,

3) Студенты, проявляющіе примѣрное усердіе къ познаніямъ вообще, а не лишь только по тѣмъ предметамъ, по которымъ они подвергаются экзаменамъ.

Для второй и третьей категоріи читателей весьма желательно имѣть возможно краткое руководство, такъ какъ временемъ они обыкновенно крайне стѣснены. Поэтому при составленіи настоящаго руководства я и стремился выпустить все лишнее.

На этомъ основаніи я считалъ себя вправѣ воздержаться отъ всякихъ литературныхъ указаній, такъ какъ для того, кто желаетъ постичь что необходимо для распознаванія и леченія ушныхъ болѣзней, тому дороги опредѣленные діагностическія и терапевтическія указанія, а не отъ кого и откуда они исходятъ. При томъ специалистъ всегда можетъ найти необходимыя литературныя свѣдѣнія въ издаваемомъ въ Лейпцигѣ *Фогельмъ* подъ редакціей *Германа Шварца* и при содѣйствіи многихъ авторовъ обширномъ трудѣ подъ заглавіемъ «Руководство ушныхъ болѣзней», въ которомъ, судя по появившейся первой части, всѣ литературные источники приведены въ безпримѣрной полнотѣ.

Предполагая, что анатомія и физиологія уха въ общихъ чертахъ уже извѣстна, я въ настоящемъ руководствѣ консулся анатоміи лишь съ той стороны, съ которой въ практическомъ отношеніи она особенно важна для ушнаго врача, разбиралъ преимущественно и топографическое, и объемное отношеніе различныхъ частей уха. По физиологіи послѣдняго я коснулся лишь того, что необходимо для пониманія ушныхъ болѣзней, не придерживаясь притомъ послѣдовательности изложенія, но вдаваясь въ область ея преимущественно въ тѣхъ главахъ, въ которыхъ говорится объ изслѣдованіи слуха и о нарушеніи чувства равновѣсія.

По этой же причинѣ я не входилъ въ обсужденіе всякихъ гипотезъ и противорѣчивыхъ взглядовъ или же касался ихъ лишь

поверхностно. Если я и позволилъ себѣ нѣкоторое отступленіе въ главѣ о дифференціальномъ распознаваніи заболѣваній звукопроводящаго и звуковоспринимающаго аппаратовъ, то лишь потому, что въ этомъ отношеніи я расхожусь во взглядахъ съ большинствомъ современныхъ авторовъ и придерживаюсь особой точки зрѣнія, которую и желалъ уяснить по мѣрѣ силъ.

Казуистическимъ данымъ по тѣмъ же причинамъ я не придавалъ особаго значенія въ настоящемъ руководствѣ.

Если тѣмъ не менѣе послѣднее достигло значительнаго объема, то это зависитъ отъ того, что, вслѣдствіе быстрого развитія отіатріи, для современнаго ушнаго врача необходимы обширныя спеціальныя познанія, а также отъ того, что при изложеніи всего существеннаго и заслуживающаго особаго вниманія я стремился къ возможно точному и попятному изложенію, что для руководства безъ сомнѣнія весьма важно. Въ конспектахъ, конечно, возможно болѣе сжатое изложеніе предмета, но благодаря этому никто не можетъ почерпнуть изъ нихъ новыхъ обширныхъ познаній, такъ какъ и назначеніе ихъ — лишь освѣжать въ памяти уже усвоенное.

Чтобы сохранить время всѣмъ тѣмъ, которые желаютъ ознакомиться лишь съ основными практическими свѣдѣніями въ области отіатріи, я все сюда относящееся отпечаталъ крупнымъ шрифтомъ, остальное же мелкимъ. Кто желаетъ получить лишь общее представленіе нашей специальности, тому мелкій шрифтъ не нуженъ; совсѣмъ же выпустить его я не могъ, такъ какъ настоящее руководство предназначается также и для тѣхъ врачей, которые желаютъ специализироваться по отіатріи, а также и потому, что и не специалисту иногда приходится сталкиваться съ болѣе рѣдкими формами заболѣваній, необходимыя свѣдѣнія о которыхъ ему желательно было бы подчитать.

Въ общемъ книга эта является результатомъ моихъ личныхъ наблюденій, въ продолженіи приблизительно шестнадцатилѣтней дѣятельности моей въ Берлинской университетской ушной клиникѣ и поликлиникѣ. Лишь при изложеніи леченія ушныхъ болѣзней я считалъ себя обязаннымъ, кромѣ собственныхъ методовъ и пріемовъ, изложить также таковыя другія наилучшія современныхъ ушныхъ врачей.

Авторъ.

Къ анатоміи уха.

Считая анатомію слухового прохода въ общихъ чертахъ извѣстной, я позволю себѣ здѣсь остановиться болѣе подробно на тѣхъ особенностяхъ строенія его, которыя заслуживаютъ особаго вниманія ушного врача съ практической точки зрѣнія.

1. Наружное ухо. Ушная раковина (auricula) и наружный слуховой проходъ (Meatus auditorius externus).

(Анатомическія отношенія частей наружнаго уха изображены на таб. I фиг. 1—8).

Кожа, покрывающая хрящевой остовъ ушной раковины, тонка, лишена жировой ткани и всюду содержитъ тонкіе волосики, а также сальные и потовыя железы. Особенно много волосъ на козелкѣ и противокозелкѣ, а также въ межкозелковой вырѣзкѣ. Они достигаютъ иногда, особливо у мужчинъ и въ преклонномъ возрастѣ, значительной длины и носятъ названіе козлиныхъ волосъ (hirci) (см. таб. I фиг. 1).

Наружный слуховой проходъ состоитъ изъ боковой (наружной) хрящевой и срединной (внутренней) костной частей, образующихъ своимъ соединеніемъ открытый впередъ и внизъ тупой уголъ. Благодаря соединенію этихъ двухъ частей эластической соединительной тканью вродѣ круговой связки (таб. I фиг. 3 ⁽¹⁰⁾) мы имѣемъ возможность, потягивая за ушную раковину, измѣнить направленіе хрящевой части настолько, что перегнутый каналъ превращается въ совершенно прямой, какъ это требуется при изслѣдованіи уха зеркаломъ и при различныхъ оперативныхъ вмѣшательствахъ въ глубинѣ уха.

Весь слуховой проходъ идетъ приблизительно въ поперечномъ направленіи, но представляетъ зигзагообразныя искривленія въ горизонтальной плоскости (таб. I фиг. 3 и 4). Первое изъ нихъ, обращенное вершиной впередъ, находится приблизительно по сре-

динѣ хрящевого отдѣла, второе же, обращенное вершиной кзади, помѣщается на мѣстѣ перехода хрящевого отдѣла въ костный. На фронтальномъ разрѣзѣ слуховой проходъ представляется нѣсколько выпуклымъ кверху (см. таб. I фиг. 1).

Хрящевой отдѣлъ представляетъ открытый кверху и кзади жолобъ, который замыкается посредствомъ плотной оболочки. Въ немъ имѣются обыкновенно двѣ почти перпендикулярныя къ продольной оси и покрытыя фиброзною тканью щели (*Incisurae Santopinae*) (таб. I фиг. 1 и 3), черезъ которыя иногда вскрываются гнойники околоушной железы въ слуховой проходъ. Костный отдѣлъ граничитъ спереди съ челюстнымъ суставомъ, который распространяется кнаружи также до передней стѣнки хрящевого отдѣла, кверху съ дномъ средней черепной ямки (таб. I фиг. 1), а кзади съ клѣтками сосцевиднаго отростка (таб. I фиг. 3 и таб. III фиг. 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

Принимая во вниманіе изложенныя топографическія отношенія, становится понятнымъ, почему при каріозномъ пораженіи верхней стѣнки слухового прохода, имѣющей притомъ у разныхъ субъектовъ различную толщину, воспалительный процессъ нерѣдко распространяется на твердую мозговую оболочку, обуславливая появленіе смертельнаго менингита, а также, почему при костоѣдѣ сосцевиднаго отростка разрушеніе нерѣдко распространяется и на заднюю стѣнку слухового прохода.

Толстая и плотная нижняя стѣнка и истонченная у внутреннего отдѣла передняя стѣнка костнаго слухового прохода представляютъ въ продольномъ направленіи вдающуюся въ просвѣтъ канала выпуклость, наиболѣе рѣзко выраженную у наружной границы средней трети.

Здѣсь именно находится болѣе узкое мѣсто костнаго отдѣла или перешейкъ, въ которомъ нерѣдко плотно видѣдряются инородныя тѣла. Мѣсто это отстоитъ отъ передней окружности барабанной перепонки на 7—8 мм., отъ задней на 1—2 мм. Прибѣгая, слѣдовательно, къ инструментальному извлеченію инородныхъ тѣлъ, мы, во избѣжаніе пораненія барабанной перепонки въ области задней и верхней стороны слухового прохода, должны дѣйствовать съ величайшей осторожностью.

Выпуклость передней стѣнки слухового прохода иногда настолько выражена, что дѣлаетъ невозможнымъ осмотръ передняго отдѣла барабанной перепонки.

Кнутри отъ перешейка непосредственно передъ барабанной пе-