

гнойного воспаления их. Удаление только полипа всегда дает рецидив.—необходима радикальная операция с удалением слизистой оболочки пораженной назухи.

В. Лебедевский.

149. *К вопросу о риносклероме.* Проф. Комендантов (Вест. Р.-л.-о., 1926, № 4—5), наблюдал благоприятные результаты после вакцинотерапии риносклеромных больных, находит этот метод лечения наиболее реальным. На местную терапию—светолечение, рентгенотерапию, выскабливание и др.—автор смотрит, как на своего рода аутовакцинацию.

Гобровский.

150. *К вопросу о ринопластике.* Serser (Mon. f. Ohrenheilk., LX, H. 6) при полном отсутствии носа производит ринопластику след. образом: сначала он имплантирует под перностр лба кусок хряща толщиной в указательный палец, взятого из VII ребра, причем хрящ должен быть покрыт перихондрием; через два месяца, когда хрящ приживет, производится уже настоящая пластика, которая состоит из нескольких этапов, причем между каждою последнею проходит 5—6 дней. Первый этап состоит в том, что вырезывается большой косою лоскут кожи, который имеет ножку около угла глаза; в середине этого лоскута косо лежит трансплантированный хрящ. Второй этап состоит в препаровке кожи с перностром и хрящом от лба. Третий этап—отделение перностра от кожи и окутывание им хряща со всех сторон. Четвертый этап состоит в вырезывании в известном месте хряща клиновидного кусочка и перегибании хряща для получения кончика носа. Наконец, пятый этап состоит в подрезывании и подгибании кожи для крыльев носа. После того, как нос совершенно сформирован, он ставится на свое место путем перегиба ножки на 90° и пришивается к освеженным краям дефекта. Через 14 дней, когда нос крепко прирос, ножка отрезывается, и ею частично закрывается дефект лба, остальная же часть дефекта закрывается по Tirsch'y. Автор присоединяется к мнению Sebileau, который советует при больших дефектах ампутировать весь нос и на его место переносить пластически построенный нос со лба. При дефектах кончика носа S. из оставшейся перегородки рекомендует создать тонкую, но прочную опору, покрывая ее кожным лоскутом со лба. Если же носовая перегородка уничтожена, то приходится делать опору для кончика носа из трансплантированного хряща. Для создания носовых крыльев автор рекомендует двойной кожный лоскут, причем внутренний пласт берется из кожи носа, а наружный—из щеки; способ этот хорош тем, что при нем операция выполняется в один прием, после нее никогда не наблюдается эктропиона, и получается хороший косметический эффект. При горбатых носсах автор советует резецировать с обеих сторон из носа и его перегородки кусочки в виде миртовых листьев и опускать спинку носа, причем последняя не изменяет своей ширины. При седлообразных носсах автор в легких случаях рекомендует вырскивать параффин, в более тяжелых—применять имплантацию хряща через маленький разрез под кончиком носа. Наконец, при риносколиозе в костной части он предлагает производить резекцию клиновидного куска из более широкой стороны носа и ношение протеза в продолжении 6—8 дней для поддержки его в правильном положении.

М. Груздкова-Венецианова.

Рецензии.

Труды IX Съезда Терапевтов СССР. (Москва, 23—28 мая 1926 г.). Госиздат, 1926, 543 стр. Цена 4 р. 50 коп.

Мы, терапевты, так привыкли к тому, что „Труды“ наших съездов обычно выходят в свет через год, что появление этого сборника через 6 месяцев, как раз к Новому Году, является действительно приятным новогодним подарком, и этим мы всецело обязаны глубокоуважаемому редактору „Трудов“ Р. М. Обакевичу. Пред нами большой, отлично изданный том, обнимающий собой доклады, микроклады и прения по программным и другим вопросам, допущенным Редакционным Комитетом на повестку заседаний IX Всесоюзного Терапевтического Съезда. Нужно радоваться, что с каждым годом издание „Трудов“ заметно улучшается во всех отношениях: бумага, печать, диаграммы и рисунки не оставляют желать ничего лучшего,—всюду видна опытная и любящая рука издателя-редактора.

Я не задаю целью прореферировать содержание этого обемистого тома—тем более, что на страницах „Каз. Мед. Ж.“ (1926, № 6) своевременно был дан