

Новый способ профилактики рецидивов после грыжесечения. Adler (Zntrbl. f. Chir 1931) для усиления швов при операции по способу Бассини выкраивает прямоугольный лоскут из апоневроза m. obliq. externi, причем основание лоскута находится на 3 см. выше наружного пахового кольца. Наружный край лоскута пришивается к пупартовой связке, медиальный — к musc. obliq. intern., а свободный нижний край — к tubercul. pubicum.

И. Л. Цимхес.

с. Ушные, носовые и горловые болезни.

Интересный случай менингита при холестеоме среднего уха, люэсе и туберкулезе. D-r H. G. Riecke (Arch. f. Ohr., Nas- und Kehlkopfheilkunde. B. 126. N³/₄. 1930. Oktober).

Интерес данного случая заключается в сложном заболевании (ясном из заглавия); причем, кроме явных проявлений гнойного процесса в средней ухе, были указания на мозговую абсцесс; вскрытие показало, что имелся милиарный туберкулезный менингит на основании мозга.

Е. С. Викторова.

Об ото-риногенной розже, в особенности об ее послеоперационных формах. Prof. K u b o (Arch. f. Ohr., Nas. und Kehlkopfheilkunde. B. 126. N³/₄. 1930. Oktober).

Автор указывает, что в гною и секрете при воспалениях уха и носа и его придаточных полостей часто находится гемолитический стрептококк, которому он приписывает этиологическое значение при частых вспышках розжи в послеоперационном периоде. Отсюда он рекомендует ряд мер, проводимых как во время производства самой операции, так и при последующих перевязках; меры сводятся к возможному избеганию соприкосновения гноя из воспаленных очагов и полостей с краями операционной раны и с кожей, тщательному осмотру при перевязках и к готовности применения антистрептококковой сыворотки.

Е. С. Викторова.

К вопросу о значении воспаления среднего уха в младенческом возрасте для позднейшего периода. Prof. M a r x. (Arch. f. Ohr., Nas. und Kehlkopfheilkunde. B. 126. N. 1/2. 1930. Juli).

Автор полемизирует с В и т т м а к о м, который считает, что новорожденные часто появляются на свет с отитами на почве загрязнения среднего уха околоплодной жидкостью и даже меконием; при этом В и т т м а к указывает, что поздние отиты связаны с этими ранними отитами чаще, чем обычно думают. М а р к с выступает против этого утверждения, опираясь на один признак — именно пневматизацию сосцевидного отростка, развивающуюся уже после рождения. Таким образом, с ранним отитом можно связывать только тот поздний отит, при котором обнаруживается задержка пневматизации, что однако представляет собой не частое явление. Кроме того, автор указывает, что отсутствие пневматизации бывает даже при поздних отитах, именно тех, которые сопровождаются склеротическим разрастанием кости и следующим позднейшим заполнением уже развитых ячеек отростка.

Е. С. Викторова.

Вращающийся перфоратор с ручкой для перегородки челюстной пазухи. D-r K o w l e r (Arch. intern. de laryngol. oto-rhinolog. T. IX. 1930. Decembre).

Автор описывает удобный, раскладной, легко стерилизующийся инструмент в виде борчика, заменяющий троакар при вскрытии челюстной полости через нос; устройство этого перфоратора гарантирует, по мнению автора, невозможность прохождения насквозь синуса, что случается с троакаром. Борчики можно делать различных размеров, смотря по надобности, причем более крупный может заменить полукруглое долото при выламывании внутренней стенки челюстной полости.

Е. С. Викторова.

Порча зубов при радикальной операции верхнечелюстных полостей. D-r H a l l e (Arch. f. Ohr., Nas- und Kehlkopfheilkunde. B. 126. N. 3/4. 1930. Oktober).

Автор рекомендует разработанный им способ для профилактики в Гайморову полость со стороны носового хода вместо обычного вскрытия ее (по способу C a l d w e l l - L u c ' a, D e n k e r ' a), при котором приходится удалять много здоровой кости с повреждением сосудов и альвеолярных нервов верхней челюсти, после чего больные страдают более или менее продолжительное время зубными болями; для

Этой цели делается отверстие в латеральной стенке нижнего носового хода, через которое полость становится доступной для обозрения, и в случае надобности, для оперативных вмешательств. Автор обращает внимание на консервативность его способа вместе с его радикальностью; заживление идет быстрее.

Е. С. Викторова.

К вопросу о ларингоцеле. Lemaître et Halphen (Arch. intern. de laryngol., oto-rhinolog. T. IX. 1930. Décembre).

Авторы описывают интересный случай ларингоцеле, довольно значительных размеров, вызывающей препадки удушья от давления на гортань; после операции, прошедшей благополучно, больной вернулся на работу, но через 8 месяцев явился с рецидивом, потребовавшим вторичной операции. Воздушный мешок представлял собою выпячивание Морганиева кармана через слабое место membranae thyreoideae, что вносит новое в патогенез ларингоцеле.

Е. С. Викторова.

Фиброидный полип ненормальных размеров, закрытый простыми слизистыми полипами. D-r Kowler (Arch. intern. de laryngol., oto-rhinolog. T. IX. 1930. Décembre).

Автор описывает редкий случай носового полипа размером 7,5 x 2,5 x 1 см. с почти полным фиброзным перерождением, при чем в микроскопических препаратах почти не имелось слизистых элементов.

Е. С. Викторова.

Применение омнадина в ото-ларингологии. D-r. Mithoefer. (Therap. Berichte. 1932. № 2. Referat nach „Ann. of. otol., rhinol. and laryn. 1931. V. 40)

Автор рекомендует омнадин, белковый препарат, в противовес различным препаратам молака, вызывающий лишь легкую реакцию. Автор за 4 года сделал свыше 5000 интрамусккулярных инъекций с хорошим результатом. Он применял его довольно широко в ото-ларингологии: при назофарингитах, тонзиллитах, при ангинах, особенно Vincent'a, при отитах и т. д. Кроме того, он рекомендует его при стрептококковых заболеваниях как усиливающий сопротивляемость организма; омнадин, по наблюдению автора, купировал взрыв болезни, при начавшейся роже.

Е. С. Викторова.

Осложненный симптомокомплекс после аденотомии. Dr. Schaefer (Arch. f. Ohr., Nas. und Kehlkopfeilkunde. Bd. 131. H. 3. 1932. Mai).

Автор описывает наблюдавшуюся им у детей после аденотомий особую картину заболевания с симптомами сильных болей в затылке, усиливающихся при сгибаниях и разгибаниях головы. Заболевание проходит через несколько дней. Автор считает возможным предполагать здесь инфекцию со стороны операционной раны, вызывающую лимфадениты и лимфангоиты в затылочной области.

Е. С. Викторова.

К пересмотру причин неудач при аденотомиях. D-r. Bernfeld. (Arch. f. Ohr., Nas. und Kehlkopfeilkunde. B. 131. H. 3. 1932. Mai).

Автор указывает, что большинство неудачных аденотомий происходит от игнорирования морфологии носоглотки. Несомненно, что носоглотка в своих размерах всегда индивидуально различна, в силу чего необходимо перед операцией ознакомиться с формой носоглотки. Она может оказаться узкой или низкой, или недостаточно глубокой, или даже ассиметрично построенной, что часто является выражением недостаточности ее развития с сохранением типа инфантильной носоглотки. Такая носоглотка ограничивает свободу при операции, вследствие чего происходит неполное удаление аденоида и ранение соседних частей, почему автор усиленно рекомендует перед операцией точно исследовать носоглотку и запастись набором различной величины аденотомов, чтобы выбрать подходящий для каждого отдельного случая.

Е. С. Викторова.

Искривления трахеи при плевро-легочном туберкулезе. D-r Retrouvey (Revue de laryngol. oto-rhinol. 1932. № 8. Septembre-October).

Автор дает богатую литературную сводку о девиациях трахеи при легочном тбс, которые обычно хорошо известны интернистам, но мало привлекают внимание со стороны ларингологов; а между тем резко выраженные смещения трахеи в грудной полости могут поставить в затруднительное положение, особенно при введении бронхоскопа, что может оказаться даже опасным. Для диагноза автор рекомендует, кроме рентгеноскопии, пальпацию надгрудной ямки и предупреждает, что при аускультации можно получить псевдокавернозный синдром при резко выраженном смещении трахеи.

Е. С. Викторова.