

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 Kehlkopfkunde. 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 Kehlkopfkunde. 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-Octobre).

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.*