

### г) Ото-ларингология.

*Проблема отосклероза.* Gray (The Jour. of Laryng. a. Otol., № 10, 1934) в своей работе дает подробное описание анатомо-гистологического исследования височных костей двух случаев отосклероза. Он указывает, что размер изменений в кости имеет малую связь с продолжительностью заболевания. Глухота и шум при отосклерозе не связаны с распространением изменений в кости. Глухота может быть очень тяжелой, когда стремячко едва фиксировано. Изменения в височных частях в большинстве случаев бывают симметричными, и эта симметрия распространяется в мельчайших деталях. Затем а. переходит к рассмотрению причин отосклероза. Он упоминает Wittmaack'a, считавшего, что изменения в кости при отосклерозе вызваны застоем крови в мелких сосудах кости, покрывающий лабиринт. Мауег приписывал изменения в кости процессу восстановления щелей по соседству с овальным окном, получившегося в периоде роста. По Nagel'у отосклероз является путрициальным заболеванием кости. Ряд авторов считает, что отосклероз возникает на почве расстройства желез внутренней секреции. Fraser и др. придают большое значение среднему катаральному отиту вместе с другими инфекционными состояниями в среднем ухе, как фактор в генезе отосклероза.

Перечисленные теории а. считает недостаточными и необоснованными для доказательства причин отосклероза. А. обращает внимание на ряд случаев отосклероза, где под влиянием некоторых факторов наступает быстрое, но скоропреходящее улучшение слуха. Это улучшение зависит от изменений в распределении тока крови, что вызывает временный усиленный приток крови к органу слуха. Такое повышение кровонаполнения тканей осуществляется системой вазомоторного рефлекса, под влиянием которого в большинстве органов или тканей это повышение кровонаполнения вызывает увеличение объема органа или ткани. В кости объем крови меняться не может и повышенное питание кости получается благодаря более быстрому току крови. Для органа слуха стимулом является звук, и если реакция возможного рефлекса на этот стимул будет недостаточной, то орган слуха не может совершать свою нормальную функцию.

А. настаивает, что причиной отосклероза является частая недостаточность вазомоторной системы органа слуха, взятая как целое. Поэтому глухота при отосклерозе в значительной степени функциональная не всегда может вызываться фиксацией стремячка или изменениями в кохлеарном нерве. Наблюдающееся у некоторых лиц, страдающих отосклерозом, временное улучшение слуха, вызывается восстановлением рефлекса, действующего на вазомоторы, что влечет повышение притока крови к улитке или кохлеарному нерву. Подобное улучшение слуха наблюдается иногда под влиянием вдыхания амил-нитрита.

А. своей гипотезой объясняет также патолого-анатомические изменения в кости, находимые при отосклерозе. Он заявляет, что при недостаточности притока крови от нарушения вазомоторного рефлекса костные клетки не получают повышенного питания, в результате чего кость начинает разрушаться остеокластами. Полученное большое пространство допускает повышенный приток крови и тогда процесс разрушения приостанавливается. Тогда остеоциты снова начинают откладывать кость и просвет пространств уменьшается. Но это новообразование кости может происходить только на ограниченном протяжении, для получения необходимого притока крови и потому пространства в кости бывают более широкими, чем в нормальных условиях и кость принимает пористый характер, характерный для отосклероза. Преобладание отосклероза среди женщин является результатом большей недостаточности их вазомоторной системы и более частых расстройств, которым она подвергается. Значительную роль в поражении отосклерозом играет наследственность, т. к. дефект в вазомоторной системе органа слуха является врожденным.

И. И. Щербатов.

*Этиология, диагностика и лечение отогенного менингита.* Neumann (Rev. de Laryngologie, otol., rhinol., № 1, 1934) в обширной статье, рассматривая отогенные менингиты, выделяет из их числа группу первичных менингитов в результате острого отита, которая дает благоприятный прогноз. К этой группе относятся больные в возрасте до 15 лет. По его статистике на 69 боль-

ных менингитом 37 случаев, т. е. 63% были смертельными и 22 случая, т. е. 37% выздоровели. Из этих 22 сл. выздоровевших больных 21 были в возрасте до 15 лет. Клиническая картина менингита в группе выздоровевших имела незначительно выраженные симптомы общей интоксикации. Для диагностики автор рекомендует производить как можно раньше люмбальную пункцию, когда имеется только высокая температура и нет еще выраженных признаков менингита. Он считает, что у детей изменения в спинно-мозговой жидкости наступают раньше, чем у взрослых. Эта пункция, преследуя диагностическую цель, действует также терапевтически.

Автор подробно описывает применяемую им хирургическую технику. При операциях менингита в результате острого отита, он производит обширную трепанацию сосцевидного отростка, удаляя все клетки, которые могут быть поражены болезненным процессом. Затем вскрывает отиты, оставляя нетронутой цепь слуховых косточек и после этого обнажает твердую мозговую оболочку и синус. Такая операция является также профилактической в отношении к возможному в дальнейшем появлению менингита, но абсолютной гарантии дать не может, так как отмечался менингит и после обширной трепанации отростка.

*И. И. Щербатов.*

*Туберкулезный мастоидит у детей.* (Scobee, Arch. of Otolaryng., № 3, 1933). Туберкулезный мастоидит является вторичным заболеванием и встречается чаще, чем описывается в литературе. По Mc-Cart'y наибольшее поражение встречается в возрасте от 2-х до 4-х лет. По Turner'y и Fraser'y на 1797 сл. нагноения среднего уха у детей до 15 лет 2% были туберкулезными, ниже 5 лет—9%, а ниже 1 года—50%.

Туберкулезный мастоидит у детей протекает более остро, чем у взрослых. Во всех случаях наблюдается регионарная припухлость лимфатических желез, часто безболезненная. Также безболезнен субперипостальный абсцесс, прорывающийся иногда в наружной слуховой проход без перфорации барабанной перегородки. Паралич n. facialis был найден в 39% случаев у детей и ни одного у взрослых. Часто встречаются множественные перфорации барабанной перепонки. Туберкулезные палочки в начале заболевания встречаются в большом количестве, но при продолжительном гноетечении они могут отсутствовать. Из осложнений встречается невроз лабиринта (по Turner'y в 22% случаев). Частым бывает туберкулезный менингит. При неостром течении туберкулезного мастоидита показано консервативное лечение. Диета, освещение кварцевой лампой должны применяться во всех случаях мастоидита. При хирургическом лечении или ограничиваются простой антропомией, или производят радикальную операцию при поражении слуховых косточек. В послеоперационном течении рана имеет малую склонность к заживлению и гноится от 2-х до 10 месяцев. Прогноз зависит от степени распространения инфекции в других частях организма.

*И. И. Щербатов.*

## Заседания медицинских обществ.

**Н. М. А. Т. Р.**

1. 11—17 ноября 1934 года состоялась конференция по малярии, созванная Научно-медицинской ассоциацией и Татнаркомздравом. На конференции заслушан был доклад проф. Б. А. Вольтера. В прениях приняли участие д-р Юрина, Нарком здравоохранения ТР С. М. Курбангалеев, проф. Р. И. Лепская, доц. В. И. Катеров, д-р С. М. Лифшиц, проф. М. И. Мастбаум, проф. Е. М. Лепский, проф. В. К. Меншиков, д-р Н. С. Охотин, проф. Я. Д. Печников, д-р Кондаков, проф. С. М. Шварц, д-р А. В. Розов (Зеленодольск), д-р Мамиш, проф. З. И. Малкин, д-р Карпачевская, проф. Н. К. Горяев, д-р Н. А. Крамов. На конференции были выполнены практические мероприятия по борьбе с малярией в ТР.

2. 1—1—35 г. Научная медицинская ассоциация созвала пленарное заседание с докладом проф. Р. А. Лурия: „Актуальные вопросы клиники холероэпидемии“. Доклад вызвал интересные прения (доц. Рахлин, проф. Н. В. Соколов,