

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 2х 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 субперпостальный абсцесс, прорывающийся иногда в наружной слуховой проход без перфорации барабанной перепонки. 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 антротомией, 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. Меньшиков, 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,