

Д-р Б. С. Голанд—„Влияние трахеобронхоскопии на подвязочное пространство“. Докладчик экспериментировал на 30 собаках, из которых многие были в возрасте 2-х месяцев и моложе. В трахею животных вводились различные инородные тела. Животные подвергались многократным трахеобронхоскопиям, в одном случае до 94 раз. На основании литературных данных (Джексон и др.), клинических наблюдений и собственных опытов на собаках докладчик приходит к выводу, что трахеобронхоскопия при надлежащей технике не вызывает отеков подвязочного пространства.—Доклад вызвал ряд вопросов и замечаний со стороны д-ров З. И. Вольфсона, Н. К. Трутнева, Б. Н. Лебедевского. Д-р Д. Н. Матвеев высказал предположение, что вторичная инфекция является причиной отеков подвязочного пространства, иногда наблюдающихся у больных после трахеобронхоскопии. Проф. В. К. Трутнев отметил, что по вопросу о бронхоскопии идут споры, что он сторонник того взгляда, согласно которого можно бронхоскопировать в возрасте до 5 лет; указав, что в некоторых случаях после трахеобронхоскопии наблюдается отек подвязочного пространства, высказал предположение, что асфиксия в этих случаях наступает вследствие тромбирования трахеи слизью.

*Административная часть заседания.* О социалистическом соревновании. В ответственный исторический период социалистической реконструкции РЛО секция О-ва врачей в области своей деятельности объявила себя ударной секцией, обязуясь провести: 1) десять заседаний секции за операционный год, 2) проработать и дать доклады на ряд тем (19), частью связанных с местным краем, 3) без опозданий, точно—в указанное повесткой время—начинать заседания, предоставляя на каждый доклад 30 мин., на каждую демонстрацию 10 мин., на все заседание 2½ часа, 4) в целях вовлечения в научную работу молодых товарищей ввести метод коллективных работ, 5) в целях вовлечения в научную работу врачей участка привлечь к активной работе в секции, снабжая соответствующей научной литературой и советами, следующих товарищей: Мукасееву (Кукмор); Шустера (Бирск); Черных, Кронгауза, Вигдергауза (Ижевск); Чернова (Ишкар-Ола); Петрова (Чебоксары); Юникова (Алатырь), 6) провести заседания секции на предприятиях, подобрав соответствующий материал. Учетно-контрольные функции по перечисленным обязательствам РЛО секция поручила арбитражной комиссии при О-ве врачей.

*31-ое заседание 6 апреля 1930 г.*

I. Д-р Р. И. Мошин сообщил о случае *аномалии нижней носовой раковины*—врожденном раздвоении костного остова и мягких тканей в переднем отделе ее.—Прения: д-ра Матвеев, Н. К. Трутнев и проф. В. К. Трутнев.

II. Д-р Мертенс—показал больного с *редкой отоскопической картиной*. Через дефект барабанной перепонки в верхней трети заднего отдела среднего уха видно темно-фиолетового цвета мягкое на ощупь, с гладкой шарообразной поверхностью образование, по мнению докладчика—стенка подлежащего *sinus sigmoidei*.—Прения: д-ра М. С. Борисов, Матвеев, проф. В. К. Трутнев.

III. Д-р Д. Н. Матвеев продемонстрировал больного с *острым отеком язвенной поверхности надгортанника и области valliculae epiglotticae sinistralae*.—Прения: д-ра Брем и С. П. Яхонтов и проф. В. К. Трутнев.

IV. Д-р И. С. Марченко продемонстрировал больного со *склероматозной (Мейгеровской) формой туберкулеза языка*. На верхней поверхности языка, ближе кпереди, имеется с 20-копеечную монету участок изрезанный глубокими бороздами. Слизистая на этом месте несколько розовее, чем на остальных частях языка. На нижней поверхности—слизистая крупно-бугристого вида. По краям языка—две небольших язвочки (появились за последнее время) на инфильтрированном основании. При ощупывании в языке отмечается уплотнение, соответствующее упомянутому участку. RW—отрицательна. Биопсия: туберкулезная гранулема со скудными бугорками не в каждом срезе; наблюдается сильный фиброз ткани и незначительная склонность к распаду. ВК в срезах не обнаружены. Исследование легких и гортани: fcs pulmonum. ВК (+).

V. Д-р И. С. Марченко. *Классификация туберкулеза верхних дыхательных путей* (патолого-анатомические обоснования). На основании патолого-анатомических изысканий проф. Manasse (Würzburg) и отчасти собственных наблюдений докладчика, сделанных на клиническом и секционном материале Казанского туб. института, туберкулез в. д. п. делится на четыре основных группы



1) инфильтрации, включая сюда милиарные узелки, 2) язвенные формы, 3) перихондриты и 4) туберкулезные опухоли. При туберкулезе в д. п. могут наблюдаться так называемые вторичные изменения. Сюда относятся уже упомянутые перихондриты, а также миозиты, часто с дегенерацией мышечных волокон и перигландулиты, причем в железах могут образовываться настоящие ретенционные кисты.

Туберкулезные поражения глотки выделяются особо (Desron) в следующие группы: 1) милиарная форма, 2) хроническая казеозная форма (язвенная), 3) склероматозная форма (неболезненная, плотная и почти не дает распада), 4) скрытая форма (обнаруживается случайно в миндалинах детей, чаще при увеличенных лимфатических железах шеи), 5) волчанка (большею частью переходит на слизистую с кожи лица; волчанка склонна давать рубцы, стенозирующие просвет глотки, гортани и трахеи. (Аутореферат). Доклад вызвал целый ряд вопросов со стороны д-ров Л. В. Алексеевой, Мертенса, Яхонтова, Турова, Дробышева, Буева. Проф. В. К. Трутнев—резюме.

32-е заседание 26 апреля 1930 г.

I. Д-р Н. А. Куприянова. *К вопросу о лечении стойких сужений гортани.* За период времени с 1929 г. по 1929 г. включительно в Казанских Р.-Л.-Отиатрических клиниках по поводу стойких сужений гортани было произведено 14 ларингостомий с последующей дилатацией операционной полости Т-образной каучуковой трубкой. Клинический материал составляют: 8 стенозов тифозных, 2—дифтерических, 1—оспенный, 1—сифилитический и 2—с невыясненной этиологией. Из них в 7 случаях произведена пластика стомы и они могут считаться вполне законченными. На основании разбора клинического материала возможно сделать следующие заключения:

1) Лечение хронических стенозов гортани в целом ряде случаев дает большое удовлетворение врачу и пациенту в смысле получаемого эффекта.

2) Ларингостомия с последующей дилатацией сужения Т-образной каучуковой трубкой является в настоящее время наиболее совершенным методом лечения.

3) Т-образной каучуковой трубке надлежит отвести существенную роль в этом лечении.

4) Ларингостомия и дилатация Т-образной каучуковой трубкой доступны широкому кругу участков врачей.

5) Желательна дальнейшая детализация способа в смысле образования пластического ложа и в отношении пластического закрытия дефекта стомы в зависимости от случая. (Аутореферат).—Прения: д-ра С. П. Яхонтов, Д. Н. Матвеев и Н. М. Лопатина. Проф. В. К. Трутнев, сообщив о тяжелых осложнениях, наблюдавшихся, согласно литературным данным, при лечении хронических стенозов гортани в послеоперационном периоде, как-то, перихондриты вследствие пролежней, нестерпимые боли и опасные кровотечения, указал на необходимость тщательного ухода в первые недели после ларингостомии.

II. Д-р Л. В. Алексеева продемонстрировала больную с *крупным пульсирующим сосудом на задне-боковой стенке глотки*.—По поводу демонстрации высказался д-р Лебедевский и попутно сообщил о подобном же случае из своей практики. Проф. В. К. Трутнев информировал о материале д-ра Н. К. Трутнева, насчитывающем 12 случаев аномалий сосудов глотки. Напомнив о демонстративном случае аневризмы а. carotis, описанном д-ром Буевым, обратил внимание лечащих врачей на необходимость предварительного тщательного осмотра зева и носоглотки при оперативных вмешательствах в этих областях и дал ряд практических указаний.

III. Д-р Л. В. Алексеева продемонстрировала больную, представляющую интерес в диагностическом отношении. По ее мнению, у больной можно предположить *неоплазму правой средней носовой раковины*.—Докладчице возражал д-р В. Н. Лебедевский и задавали вопросы д-ра Туров, Мертенс, Марченко, Буев, Голланд, Лопатина и Бобровский. Проф. В. К. Трутнев предложил произвести у больной биопсию ткани для гистологического исследования.

IV. Д-р Б. С. Голланд сообщил об одном *случае лечения полного заражения носоглотки*, предложенным им новым способом, путем дренирования носоглотки и одновременного оттягивания кпереди мягкого неба компактной резиновой пластинкой. Дренаж был введен тотчас же после иссечения рубцов, оставался в полости носа, рта и носоглотки в течение 2-х суток, не вызвав тяжелых осложнений; дал благоприятный эффект. Операция была произведена 4 месяца тому назад.—Прения: д-ра Буев, Матвеев и Лебедевский, указавший на недо