

Klaus. (Arch. f. Ohren, Nasen und Kehlkopfheilkund Bd. 142; N. I, 1936 г. описывает картину рентгеновских и гистологических данных в 4-х случаях деструкции пирамидки височной кости под влиянием карцином носоглотки, туберкулезного поражения средних ушей и опухоли мосто-мозжечкового угла. Разрушение костной ткани пирамидки происходит вследствие давления растущей опухоли на базальные отделы ее в первых двух случаях, а также вследствие прорастания опухоли через Евстахиеву трубу, причем вследствие воспалительного перитубарного процесса происходило постепенное размягчение центрального отдела пирамидки. Кроме того наблюдались разрушения кортикального слоя передних отделов пирамидки и последующая атрофия pars petrosae вследствие тяжелых изменений в костном мозге (активная или пассивная гиперемия, фиброзное перерождение, нарушение в содержании извести). Все случаи имели летальный исход. Автор снабдил свою статью демонстративными гисто-препаратами. Б. Соколов.

Kichter. (Arch. f. Ohren, Nasen und Kehlkopfheilkunde Bd. 142; N. I, 1936 г.) описывает клинический случай *острого мукозного отита*, осложнившегося на 4-й неделе заболевания явлениями лабиринтита и начинающегося внутричерепного осложнения. Случай закончился летально. Автор приводит подробное гистологическое исследование, из которого видно, что мукозный отит дал большую сублабиринтарную эмпиему, проникновение гноя во внутреннее ухо, размягчение перепонки круглого окна, фистулу заднего полукружного канала; как следствие: гнойной лабиринтит, лабиринтогенный менингит, экстрадуральный абсцесс в задней черепной ямке, перибульбарный (bulbus v. jugularis) абсцесс. Интересны три особенности: 1) возраст больной (63 года), когда, по мнению автора, мукозные отиты редки; 2) отсутствие больших изменений на R_ö, 3) быстрое развитие больших разрушений и нарастание симптомов лабиринтита и внутричерепного осложнения. Б. Соколов.

Отчет о работе Татарского оториноларингологического общества за 1936 год.

Председатель Об-ва проф. В. К. Трутнев.
Секретарь Б. Н. Соколов.

Татарское отделение Российского Оториноларингологического общества, созданное по инициативе руководителя его и бессменного председателя профессора В. К. Трутнева, вступило в десятый год своего существования.

За время своего существования Об-во провело 79 научных заседаний, из которых 7 падает на 1936 год.

За отчетный период Тат. отделение насчитывает в своем составе 24 человека, из них мужчин 17 чел., женщин—7; членов и кандидатов ВКП(б) и сочувствующих ВКП(б) — 4; по стажу специальной ОРЛ работы: до 5 лет—3 чел., до 10 лет—16 чел., свыше 10 лет—5 чел.; по наличию ученых степеней и званий: д-ров мед. наук—5, кандидатов мед. наук—5, приват-доцентов—4, профессоров—2.

За 1936 год заседаний правления было 3, пленарных заседаний—7 при средней посещаемости 20—25 членами.

Первое заседание было посвящено заслушиванию доклада д-ра А. А. Бари (из Сталинграда), сообщившего об «Острых стенозах гортани и интубации при них» (работа, в последующем квалифицировавшая автора, как кандидата мед. наук после публичной защиты).

В этом же заседании выступал П. Д. Бувев с демонстрацией клинического случая ринолита и кратким обзором литературных данных по этому вопросу.

На втором пленарном заседании Об-ва с напряженным вниманием был заслушан чрезвычайно интересный доклад специалиста по вопросам бронхоскопического дренажа профессора В. К. Трутнева. «О роли бронхоскопии в диагностике и терапии некоторых легочных заболеваний».

Введение в клиническую практику бронхоскопии представляет собою очень ценный вклад при диагностике, профилактике и терапии ряда внутренних заболеваний органов грудной клетки; применяя бронхоскопию, ларинголог приходит на помощь интернисту, ибо «бронхоскопия есть зеркало бронхов».

Необходимо широко популяризировать бронхоскопию, борясь с консерватизмом интернистов, в отдельных случаях панически настраивающихся перед предложением о применении бронхоскопического дренажа.

В целом ряде случаев бронхоскопия является чрезвычайно полезной и почти незаменимой: случаи взятия проб для бактериологического исследования или производства биопсии в различных отделах трахеобронхального дерева.

Наиболее частыми причинами развития бронхогенных легочных заболеваний, на ряду с инфекцией, являются инородные тела, новообразования и скопления секрета. Указанные моменты нарушают вентиляцию, естественный дренаж трахеобронхопульмональной системы, создавая условия стойких трахеобронхостенозов и могут быть диагностированы при помощи бронхоскопии.

Помимо различных заболеваний, обуславливающих обструкцию бронхального дерева (сифилис, туберкулез, склерома, папилломатоз) прямой метод исследования является чрезвычайно ценным подспорьем в диагностике заболеваний органов средостения (опухоль, аневризмы крупных сосудов). Не менее ценно применение бронхоскопии при диагностике и даже лечении абсцессов легких.

Клинический опыт дал возможность докладчику иллюстрировать высказываемые положения демонстративными случаями из практики применения бронхоскопии.

В данном отчете мы, к сожалению, не имеем больше возможности останавливаться на более подробном освещении материалов этого доклада (работа напечатана в журнале «Вестник оториноларингологии», № 5, 1936 г.).

На этом же заседании были продемонстрированы два клинических случая, интересные по своим особенностям: — это продемонстрированный С. П. Яхонтовым случай неврита зрительного нерва рино-

генного происхождения (на почве грипа), излеченный оперативно вскрытием Гайморовых полостей, и продемонстрированный Р. И. Мошиным случай саркомы гортани.

На третьем заседании внимание Об-ва занял очень интересный и обстоятельный доклад В. В. Громэва. Автор доложил «О влиянии различных типов дыхания на желудочную секрецию» (материалы квалификационной работы на соискание ученой степени д-ра медицинских наук) на основании наблюдений 300 опытов на 6 подопытных животных с изолированным желудочком по Павлову и Бресткину-Савичу и трахеотомией с тубусом по Гамаюнову. В результате своих наблюдений экспериментатор пришел к некоторым чрезвычайно интересным данным: 1) при трахеальном дыхании скрытый период сокоотделения длительнее, 2) количество отделяемого изолированным желудочком сока при трахеальном дыхании на 33% ниже; 3) общая переваривающая сила желудочного сока при трахеальном дыхании ниже на 30—70%; 4) полученные данные автор объясняет выпадением рефлексов со стороны слизистой носа, выключенной трахеальным дыханием и общим расстройством крово-и лимфообращения в организме; 5) при возвращении животного к носовому типу дыхания все изменения сглаживаются.

В этом же заседании И. И. Щербатов выступил с демонстрацией случая рожистого воспаления глотки.

Н. А. Бобровский большим докладом «О колебании остаточного азота крови при разных типах дыхания» (материалы квалификационной работы на соискание ученой степени д-ра медицинских наук) заинтересовал аудиторию 4-го заседания Об-ва.

То положение, что недостаток кислорода отражается на изменении количества остаточного азота, а недостаток кислорода очевиден при длительном трахеальном дыхании, и заставило автора провести длительную и трудоемкую экспериментальную работу с 155 определениями остаточного азота по микро-Кьельдалю на 52 больных. В результате терпеливой методической работы в течение 4 с лишним лет автор получил повышение остаточного азота крови при длительном нарушении носового дыхания, что объясняется увеличением азота аминокислотной фракции, благодаря замедленному мочевинообразованию на почве кислородного недостатка.

В этом же заседании Д. Т. Алексеев поделился своим опытом лечения ингаляциями рабочих пыльных производств, в частности огнеупорного цеха одного из металлургических заводов Азово-Черноморского края.

Пятому заседанию Об-ва был представлен доклад О. М. Мукосевой на тему: «Гистопатология мастоидитов» (материалы квалификационной работы на соискание ученой степени кандидата мед. наук). На основании гистологического исследования костей от 56 оперированных случаев мастоидита, автор пришел к выводу, что изменения в тканях сосцевидного отростка при остром мастоидите были следующие:

1) кровеносные сосуды костного вещества, костного мозга и покрова пневматических полостей, как правило, расширены.

2) Костный мозг фиброзно изменен, отечен и инфильтрирован мелкими клетками то в большей, то в меньшей степени.

3) Пневматические полости в начальных стадиях болезненного процесса имеют резко отечный покров, пронизанный мелкоклеточковой инфильтрацией. В просветах отдельных ячеек—гнои. В дальнейшем, начиная с 7—8 дня болезни, начинается пролиферация эндоста, в отдельных ячейках ткань покрова принимает характер грануляционный и появляются процессы рассасывания кости и начальные стадии аппозиции кости.

4) Резорбция костной ткани начинается с 7—8 дня болезни, держится в активной форме до конца первого месяца, а в дальнейшем уступает место аппозиции, которая начинает доминировать в гистокартине.

При хронических мастоидитах изменения в тканях имеют тот же характер, только процессы резорбции выражены слабее, а аппозиция кости всюду преобладает.

Вся работа Об-ва тесно связана с именем крупнейшего ученого мыслителя, одного из корифеев нашей специальности, неутомимого исследователя—профессора М. Ф. Цытовича, памяти которого было посвящено шестое заседание.

С большой речью памяти Митрофана Феофановича выступил профессор В. К. Трутнев, всесторонне охарактеризовавший деятельность и личность покойного; с отдельными воспоминаниями о профессоре Цытовиче и встречах с ним выступил ряд членов Об-ва.

В последнем, седьмом заседании, были заслушаны впечатления о Краевой поволжской конференции ОРЛ в Саратове (проф. В. К. Трутнев и И. И. Щербатов) и годовой отчет секретаря Об-ва.

Кроме научной работы на месте, представители Об-ва приняли участие в майской конференции по злокачественным образованиям в Москве (Н. А. Бобровский) и декабрьской Поволжской краевой конференции в Саратове (В. К. Трутнев и И. И. Щербатов).

Два члена Об-ва входят в состав правления Всероссийского об-ва отологов (В. К. Трутнев и Н. А. Бобровский).

В отчетном периоде правление Об-ва состояло из 5 лиц: председатель—проф. В. К. Трутнев, зам. пред.—проф. К. Р. Викторов и Н. А. Бобровский и секретари—Б. Н. Соколов и Г. Л. Камалетдинова.

Об-во приняло участие в декабре при проведении трехдневника «Береги слух».

Путем выездов членов Об-ва были сделаны 3 доклада на межрайонных конференциях врачей в районах Татарской Республики.

Взятые планом 1936 года обязательства Об-во выполнило полностью; пожелаем более плодотворной научной и творческой ра-

боты Об-ву в текущем 1937 году, являющимся юбилейным годом его существования.

Секретарь Об-ва Б. Н. Соколов

ЗАСЕДАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ.

Объединенное заседание обществ терапевтов и хирургов АТССР 15/I 1937 г.

1. Д-р Попова (демонстрация) „Случай туберкулеза желудка в раннем возрасте“.

Демонстрирован мальчик 4 лет, оперированный в фак. хир. клинике мед-института (проф. С. М. Алексеев) по поводу пилоростеноза. На операции обнаружена опухоль желудка, вызвавшая сужение привратника. Произведена задняя гастроэнтеростомия. Ребенок поправился и значительно прибыл в весе. На основании клинической картины и послеоперационного течения данное заболевание трактуется как туберкулезное поражение желудка опухолевидного характера, хотя патолого-анатомического исследования не производилось.

Прения. Проф. С. М. Алексеев. Диагноз туберкулеза желудка у данного больного только клинический. На операции была обнаружена опухоль желудка и резкое сморщивание последнего без поражения регионарных желез. Биопсии произведено не было. При операции решено было отказаться от резекции желудка ввиду истощенности больного. Анализ клинического течения заболевания говорит за туберкулез желудка. Такая трактовка обосновывается наличием туберкулезного очага у больного в легком.

Проф. Н. К. Горяев. В связи с демонстрацией больного встает ряд вопросов: бестемпературное течение заболевания, отсутствие в лейкоцитарной формуле данных, ограждающих интоксикацию организма, ранний возраст. Считает заболевание очень редким.

Проф. В. И. Катеров сомневается в правильности диагноза на основании приведенной клинической картины и отсутствия патолого-анатомического исследования.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Изолированное поражение туберкулезом желудка является сравнительно редким заболеванием. Бродер в 1917 г. собрал в литературе 168 наблюдений, из коих вполне достоверны 49. В клинике Мейо за последние 10 лет было оперировано только 6 больных по поводу туберкулеза желудка, подтвержденного микроскопически. Различают 3 формы поражения туберкулезом желудка: язвенную, опухолевидную и бугорковую. Диагноз труден; при опухолевидных формах чаще возможно смешать с новообразованием (рак); при язвенных—с круглыми язвами желудка неспецифического происхождения.

Демонстрация больного д-ром Поповой представляет несомненный интерес с точки зрения течения болезни, диагностики и исхода заболевания. Сомнения, высказанные участниками прений, относительно точности диагноза вполне понятны, так как докладчик не располагает данными микроанализа.

2. Проф. Б. Г. Герцберг (доклад) „Прободные язвы желудка и 12-перстной кишки по материалу в 410 случаев Обуховской больницы в Ленинграде (доклад напечатан в «Каз. мед. журнале», № 2, 1937 г.).