

В прениях по докладу приняли участие профф. И. Ф. Козлов и В. С. Груздев.

2) Д-р А. В. Алимбек сообщила о случае *дермоида тазовой клетчатки*. Больная 28 л., была беременна 3 раза: первые роды, в 1924 г., закончены щипцами, при вторых, в 1925 г., сделано кесарское сечение (плод извлечен мертвым), при третьей беременности, в 1926 г., сделана, на III мес., задняя кольпотомия, причем выпущено содержимое дермоида, а через 7 месяцев после этого произведено вторичное кесарское сечение при поперечном положении плода с выпадением ручки (операция удачна—плод извлечен живым). Больная поступила в клинику в тек. году по поводу опухоли в малом тазу, сидевшей позади прямой кишки. Когда предпринятая сначала лапаротомия выяснила, что опухоль эта неудалима вследствие интимных спаек с кишкой, то брюшная рана была закрыта и произведен разрез через заднюю часть промежности, при котором содержимое опухоли, состоявшее из жировой массы с волосами, было опорожнено наружу, и полость дермоида затампонирована.

В прениях проф. В. С. Груздев отметил редкость случая,—в русской литературе он не нашел ни одного случая дермоидов тазовой клетчатки, в иностранной же нашел сведения о 29 подобных случаях, собранных S ä n g e r ' o m

Проф. П. В. Маненков сообщил о случае *пузырно-уретрального свища с успехом зашитого им по Martius'у* (с пластическим закрытием области свища мышцами m. bulbo-cavernosi и ischio-cavernosi).

4) Проф. В. С. Груздев прочитал обращение НКЗ РСФСР с предложением дать заключение о наиболее целесообразном распределении помещений *типового акушерско-гинекологического стационара*.

После оживленного обмена мнений постановлено: считать наиболее целесообразным размещение акушерского и гинекологического отделений в одном 2-этажном здании с полуподвальным помещением для хозяйственных надобностей; септическое отделение поместить в этом же корпусе с совершенно изолированным ходом и при отдельном обслуживающем персонале.

Заседание 15 ноября.

1) Д-р Н. Е. Сидоров сделал доклад под заглавием: *„Опыт проведения хозрасчета в Акушерско-гинекологической клинике Казанского ГИДУВ'а.“*

Доклад вызвал оживленные прения, в которых приняли участие д-ра М. А. Романов, И. В. Данилов, Андреева и профф. П. В. Маненков и В. С. Груздев.

2) Д-р С. В. Лейбов сообщил *проект конкурса на лучшее больничное дело ТР*, выработанный штабом Акушерско-гинекологической клиники Казанского МИ.

Проект подвергся подробному обсуждению, в котором приняли участие д-ра Н. Е. Сидоров и И. В. Данилов и профф. И. Ф. Козлов и П. В. Маненков.

3) Проф. В. С. Груздев прочитал *краткий отчет о работе секции 1932—3 уч. г.*—Отчет утвержден.

4) Он же представил *план работы секции в будущем 1933—4 г.*—План принят без изменений.

5) Произведены *перевыборы президиума секции на 1933—4 г.*, причем выбранными оказались: председателем проф. В. С. Груздев, его заместителями профф. И. Ф. Козлов и П. В. Маненков, секретарями д-ра И. В. Данилов и О. Г. Аунапу.

Председатель секции проф. В. Груздев.

3) Ушная секция.

Заседание 23 марта 1933 года. #

Председатель—проф. В. К. Трутнев.
Секретарь—д-р А. И. Мухамедов.

Присутствуют 15 человек.

Проф. Трутнев и д-р Борщев К. Г. сообщают о наблюдаемом в Казанской ушной клинике случае *сосудистой опухоли барабанной перепонки*.

Б-ной М., 70 лет, рабочий кожевенной Казанской фабрики „Спартак“, явился на прием в клинику с жалобами на понижение слуха на оба уха, но более на правое. Как заметил больной, слух у него начал понижаться еще 5—6 лет тому

назад. Увеличившаяся за последнее время глухота, в результате которой он не может слышать обычную разговорную речь, заставила его обратиться за помощью. По словам б-го, гноетечения из ушей у него никогда не было, головных болей, головокружения—тоже нет. Никаких заболеваний в детстве и вообще в последующей своей жизни, б-ной не отмечает, Lues — отрицает. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет.

При отоскопии ясно обрисовывается темновато-красное, немного с синюшным оттенком, возвышающееся образование, сидящее своим широким основанием в центральной части барабанной перепонки. Образование это округло—продолговатой формы, своим видом напоминает падающую каплю, главная масса которой расположена на рукоятке молоточка.

Ширина данного образования в два-три раза превышает ширину рукоятки молоточка, оно умеренно-плотноватой консистенции, при дотрагивании до него ватником не кровоточит. При более пристальном взгляде простым глазом, а через лупу еще более, на поверхности образования видна густая сеть переплетающихся между собой сосудов. Вокруг описываемого образования лежит несколько помутневшая барабанная перепонка. После прикосновения к поверхности образования зондом, на барабанной перепонке появляется заметная на глаз, равномерная гиперемия, которая затем исчезает. Вся барабанная перепонка равномерно подвижна. Наружный слуховой проход имеет среднюю длину и искривление. Ушная раковина—без изменения.

Барабанная перепонка мутна, втянута, равномерно подвижна.

Исследование слуха:

6"	23"	2,3	32	1 м.	0	1/2 м.	0
10"	15"	2,3	32	3 м.	0	1/2 м.	0

Из приведенной истории болезни б-го М. можно сделать следующие выводы:

1. Описанная нами опухоль барабанной перепонки относится к чрезвычайно редким заболеваниям барабанной перепонки, вопрос о которых весьма мало разработан как в иностранной, так, тем более, в русской литературе.

2. Не имея данных гистологического исследования опухоли, но основываясь только на внешнем ее виде и характере, мы все же можем в нашем случае констатировать сосудистую опухоль барабанной перепонки, относящуюся к числу ангиом.

3. Наличие данной опухоли барабанной перепонки нельзя считать причиной имеющегося у нашего больного понижения слуха, хотя эта опухоль и нарушает звукопроводящую способность правого уха.

Вопросы и прения: Щербатов, Вольфсон, Викторова, Мухаметов, Мошин, проф. В. К. Трутнев.

3 Мошин Р. И. демонстрирует больную Б., которая интересна в диагностическом отношении.

Б-ная страдает с раннего детства тугоухостью. 10 лет назад появились сильные шумы в ушах, заставившие ее обращаться к отиатрам за помощью. После перенесенного тифа (1929 г.) слух резко понизился и понижение слуха прогрессирует. Переехав на жительство в Казань, б-ная обратилась в клинику за лечебной помощью в феврале м-це с/г. Констатировано резкое понижение слуха и назначена фарадизация ушей. Она походила несколько дней на фарадизацию и потом исчезла. Недели через две появляется снова в клинику и передает следующее: она заболела каким-то заболеванием с повышением т-ры. Во время болезни появилось кровотечение из левого уха и одновременно появился на него слух, но настолько острый, что б-ной приходилось просить, говорящих с ней нормальной речью,—говорить с ней тише.

Звуки рояля, которые она до этого слышала глухо, могла, без неприятных для себя ощущений, слышать лишь из соседней камеры. Такое состояние продолжалось 5—6 дней, и затем слух стал снова падать на левое ухо. Явилась в клинику задержать падающий слух.

Следующие данные были обнаружены при осмотре ее после болезни: со стороны носа и горла особых изменений не обнаружено.— Перерождение барабанной перепонки.— В слуховом проходе сгустки крови. Барабанная перепонка розовата, в верхне-заднем отделе картина, вызывающая впечатление перфорации.

Прения и вопросы: Проф. В. К. Трутнев, Вольфсон, Мухаметов, Щербатов.

4. Аспирант Б. Н. Соколов.—Демонстрация больного явлениями *хронического ринита, повидимому, гонорройного происхождения*. Б-ной в течение 3-х лет после перенесенного острого гонорр. уретрита имеет заболевание носа, характеризующееся болями в области спинки носа, носовых косточек, головными болями в височной области, чувством щекотания и позе жжения в носу, при явлениях вначале обильного гнойного насморка, постепенно исчезнувшего; процесс дает обострение при приемах пищи с включением острых, пряных веществ и приемах алкоголя.

Бактериологическое исследование мазка из носа и носоглотки дало при посевах культуру гонококка.

Некоторые подробности личного и семейного анамнеза еще более заставляют думать о гонококковой природе данного заболевания.

Здесь необходимо заострить наше внимание с тем, чтобы в конце концов выяснить и установить синдром гонорр. ринита.

Прения: проф. В. К. Трутнев, Вольфсон, Матвеев, Щербатов и Посыпкин.

5. Аспирант Мошин Р. И. и асс. Герасимов И. Ф.—*Состояние верхних дыхательных путей и ушей у призывников 1930 г.*

Прения и вопросы: Мухаметов, Матвеев, Борщов, проф. В. К. Трутнев.

Заседание 16 апреля 1933 г.

Присутствовало 16 человек. Председатель проф. В. К. Трутнев.

Секретарь Мошин.

Пр.-доц. Лебедевский Б. Н. *„К вопросу об оперативном лечении деформации носовой перегородки“.*

Опыт рационализации оперативной работы на материале 208 случаев искривлений носовой перегородки. 105 операций проведено в лежачем положении больного, что предупреждает наступление неприятных рефлекторных явлений с носовой перегородки. С целью сократить длительность пребывания больного на операционном столе анестезирование слизистой носа проводится за 10' до операции путем смазывания 10% раствором кокаина. Длительность операции от 7 до 15 минут.

Заданы вопросы:

Асс. Вольфсон: Как учитывался эффект от операции?

Пр.-доц. Лебедевский:—Эффект учитывался субъективно и объективно. Так, оперированные заявляют, что уменьшается неприятность при противогазе после операции. У некоторых больных дыхание носом проверялось газовыми часами.

Асс. Вольфсон.—Как далеко проводился разрез? Проводилась ли анестезия слизистой по Цитовичу?

Пр.-доц. Лебедевский.—Разрез делается в зависимости от характера искривления перегородки. Анестезия слизистой по Цитовичу не проводилась.

Задали вопросы Герасимов, Никитин, Мухамедов.

Прения: Асс. Герасимов: Я производил много операций на носовых перегородках на трупах и прихожу к выводу, что вполне возможно производство операций на перегородках в лежачем положении.

Асс. Щербатов.—Отрицательная сторона оперирования в лежачем положении заключается в том, что происходит затекание крови в нижележащие отделы верхних дыхательных путей.

Пр.-доц. Лебедевский.—Попадает кровь в носоглотку при оперировании в лежачем положении не больше, чем в сидячем.

Асс. Вольфсон: Доклад представляет большую ценность. Оперировать надо по истечении некоторого времени после анестезии, чтобы кокаин всосался. При правильном проведении анестезии кровотоечения при операции нет.

Проф. Трутнев: Оперирование перегородки в сидячем положении имеет ряд преимуществ. В саратовской ушной клинике наблюдалось значительное количество явлений кокаинизма при введении новококаина под слизистую латеральной стенки носа, при операциях на гайморовой пазухе в лежачем положении. У меня создалось определенное впечатление, что явления кокаинизма зависят не только от положения, но и от ряда других факторов: состояние нервной системы, конституция и др. Лежачее положение менее выгодно уже