

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 верхне-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 верхне-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

потому, что при нем хирург поставлен в менее выгодные технические условия. Заслуживает внимания стандартизация подготовки больных (смазывания). Следует приветствовать попытку отделять оперированных после операции на перегородке от других больных, создавая отдельные палаты. Ценность данной работы заключается в том, что материал прошел через одни руки.

Асс. Щербатов И. И. — „Гонококковый артрит черпаловидного сочленения“. Артрит гортани гонококкового происхождения встречается очень редко. В литературе описано только 11 случаев этого заболевания. Приводится кратко несколько историй болезни.

Случай, наблюдавшийся докладчиком, представляет интерес, как по клиническому течению, так и по исходу его.

Больной Т., 28 лет, обратился в клинику с жалобами на потерю голоса. Болен 3 месяца, когда у больного сразу появилась хрипота и исчез голос. В течение нескольких дней была высокая температура и озноб. Болей при глотании не было. Афония держится до сего времени. Раньше горло не болело. В 1928 году заболел гонорреей, по поводу которой лечился 10 месяцев. Было воспаление левого яичка. С 1930 года страдает пиелитом, который по временам обостряется. При исследовании найдено: нос, зев и носоглотка без особых изменений. В гортани неподвижность левой половины гортани. Резкая отечность левого черпаловидного хряща, которая уменьшается по направлению к черпалонадгортанной складке. Полная неподвижность левого черпала. Истинные голосовые связки не изменены. Правая половина гортани не изменена и подвижна. RW и V. Genou — отрицательны. С стороны внутренних органов отклонений нет. Рентгенокопия легких изменений не обнаружила. Больному была назначена фарадизация гортани — спустя 2 месяца после лечения афония исчезла и голос сделался чистым. При ларингоскопии оказалось, что анкилоз левого черпала не исчез. Отечность в области хряща уменьшилась. Правая половина гортани при ротации заходит за среднюю линию и, благодаря этому, замыкает голосовую щель. Этот случай отличается от описанных в литературе тем, что он возник не в острой стадии гонорреи и тем, что остался анкилоз перстне-черпаловидного сочленения. Случай относится к гонорроевым поражениям сустава, как по анамнезу, так и по клиническому течению. Артрит другого происхождения здесь исключается.

Вопросы задали: Герасимов, Лебедевский.

Проф. В. К. Трутнев. — Случай не блещет всеми данными. Туманна и клиническая картина. Требуется дальнейшее наблюдение подобных случаев.

*Заседание 2-го ноября 1933 года.*

Присутствует 19 человек. Председатель проф. В. К. Трутнев.

Секретарь д-р Мошин.

1. Прив. доц. С. П. Яхонтов. „Материалы к вопросу о ретробульбарных невритах риногенного происхождения“.

Докладчик приводит в своей большой монографической работе богатый литературный материал по этому вопросу как русских, так и зарубежных специалистов и анализирует наблюдаемый им клинический материал.

В прениях выступали пр.-доц. Круглов, прив.-доц. Лебедевский, проф. В. К. Трутнев.

2. Д-р Соколов Б. Н. „Редкий случай глиомы носа“. Докладчик делает краткий обзор ранее описанных случаев глиомы носа, как чрезвычайно редких опухолей, останавливается на вопросах этиологии, развития глиом как отшнуровавшихся участков ткани мозга благодаря дефектам строения черепа. Характеризуются также клиническая картина, течение, диагностика и лечение глиом. Подробно освещается случай данной опухоли, имевший место в клинике.

Вопросы и прения — Чудносоев, Круглов, проф. Трутнев.

3. Д-р Соколов Б. Н. „К клинике остеома носа“.

Сделав вкратце описание характера развития и образования костных опухолей, — заканчивает подробным рассмотрением случая, имевшего место в клинике.

В прениях — д-р Иванов, Лебедевский, проф. Трутнев.

4. Орг. вопросы.