

двух пробах значительное устраняется.—Прения: Дмитриев, Голосов-кер и Миркин.

Рино-ларинго-отоларингическая секция.

20-ое заседание 9/XI—1928 г.

Д-р Д. Н. Матвеев и инженер Н. И. Пауткин.—«*Математическое определение подхода к антруму соседнего отростка*». Внешняя поверхность височной кости с прикладываемой к ней плоскостью соприкасается всегда в трех точках. Одна из точек лежит на скуловом отростке, другая на височной линии и третья на наиболее выступающем участке соседнего отростка. Эти точки определяют собою треугольник, названный височным. Результаты измерений более 50 препаратов костей дают право высказать следующее положение: антрум соседнего отростка находится в направлении перпендикуляра, восстановленного к плоскости височного треугольника в точке пересечения его биссектрис. На имеющихся препаратах (в том числе и с необычным расположением антрума), указанный перпендикуляр входит в височную кость в области *spina suprameatum Henle* и подходит к антруму. Кроме того, руководствуясь найденным положением, проделана операция на 40 случаях. Во всех случаях (в том числе и с необычным расположением антрума) неизбежно попадали в антрум без всяких осложнений в смысле повреждения соседних частей. На основании произведенных исследований можно сделать следующее заключение: 1. Предлагаемый нами подход к антруму с помощью височного треугольника является целесообразным вследствие его точности, безопасности в отношении осложнений и наименьшей длины его пути. 2. Найденная зависимость местоположения антрума от наружных отделов височной кости дает возможность ориентироваться при антротомии по математическим данным. 3. Математическое определение подхода к антруму ставит на очередь вопрос о практическом использовании этого определения при антротомии.—В прениях приняли участие д-ра Б. С. Голанд, Б. Н. Лебедевский, Н. К. Трутнев, С. П. Яхонтов и проф. В. К. Трутнев.

Демонстрация новой конструкции аденоотома. Д-р Шабалин Ф. Я из Вятки *демонстрировал аденотом новой конструкции*. Последний состоит из двух инструментов—шпателя и собственно аденоотома. Шпатель вводится в носоглотку и, оттягивая, поднимая мягкое небо, защищает особыми пластинками и боковые части носоглотки. При введении шпателя создается ограниченное операционное поле, со свободным сводом носоглотки и задней стенкой ее, для действия второго инструмента аденоотома, имеющего вид кюретки с острым наружным краем. Удаление аденоида производится сзади наперед; при этом движения инструмента сзади ограничиваются задней стенкой глотки, спереди—металлической пластинкой шпателя, поднимающей мягкое небо, с боков—боковыми щитками. Шпатель одновременно и отжимает язык больного вниз. У аденоотома-кюретки привешен в окне металл. мешок, в который и попадает отрезанный аденоид. Докладчик считает, что у предлагаемой конструкции аденоотома отсутствуют почти все недостатки, свойственные аденотому Вексманна, и имеется целый ряд преимуществ.—В прениях участвовали д-ра Н. К. Трутнев, Широ, В. А. Чудносов, Л. В. Алексеева, Шустер, Б. Н. Лебедевский, З. И. Вольфон и проф. В. К. Трутнев, который подчеркнул ряд положительных данных нового инструмента, оттенил и его отрицательные стороны: его сложность, затруднение в координации движений обеих рук, возможность большой травмы мягкого неба с последующим порезом его, трудность применения у детей, возможность образования при движении инструментом снизу вверх ножки отрезанного аденоида вверх, в своде носоглотки, что сильно затруднит осмотр ее и удаление кусочка; последствием этого может быть более частая инфекция операционной раны.

21-е заседание.

Д-р Шахова демонстрировала больного К., страдавшего значительно затрудненным дыханием, перемежающимися приступами удушья. При производстве трахеобронхоскопии обнаружено диафрагмальное сужение трахеи, на расстоянии 3—4 ст. над бифуркацией, свежесрубцового характера, со свисающими грануляциями над стенозом. Бронхоскопической трубкой № 2 был произведен разрыв рубцов, т. к. во время операции наступила асфиксия. Грануляции были удалены щипцами. Дальнейшее лечение состояло в дилатационном воздействии на стеноз, посредством резиновой насадки, надетой на трахеотомическую трубку. В настоящее время диафрагмальное сужение отсутствует; дыхание больного свободно. Во из-

бежание рецидива у больного оставлена вышеуказанная канюля на 2 месяца, после чего предполагается деканюляция.—Прения: проф. В. К. Трутнев.

Д-р Б. С. Голанд, демонстрировал больного с *фистулой между трахеей и пищеводом*. Б-ной 40 л., крестьянин, жалуется на затруднение глотания твердой и жидкой пищи, кашель и общую слабость. Рентгеноскопически: в пищеводе на высоте дуги аорты найдено выпячивание передней стенки. Ниже этого места задержки пища неровной зубчатой струйкой переходит в нижний отдел пищевода. Эзофагоскопией констатирована фистула между пищеводом и трахеей на расстоянии 22 ст. от края зубов. Биопсия.—Прения: д-ра Комов, Гусаров, Шабалин и проф. В. К. Трутнев, отметивший большую редкость такой фистулы.

Д-ра Б. Н. Лебедевский и С. П. Яхонтов. Сообщение о Краевом съезде рино-ларинго-отитов в Ростове н/Д, 1928 г. Напечатано в № 3 нашего журнала за 1929 г.

22-ое заседание 8/XII—1928 г.

Проф. В. К. Трутнев. *Впечатления о заграничной поездке летом текущего года.*

Д-р С. С. Широ демонстрировал больного, 36 л., из Башреспублики, со *склеромой гортани*, у которого в 1917 г. обнаружилось затрудненное дыхание и сильный голос. Явления нарастали, и в 1923 г. наступил приступ удушья, благополучно закончившийся. В 1925 г. новый приступ, потребовавший трахеотомии. Через 3 недели больной деканюлирован. В 1928 г. повторился приступ удушья и снова трахеотомия. При осмотре гортани истинных связок не видно, так как они закрыты утолщенными плотными валикообразными ложными. Такие же валики в подсвязочном пространстве. Бактериологическое и патолого-анатомическое исследования подтвердили диагноз склеромы.

Д-р Д. Н. Матвеев. *Регенеративная способность слизистой оболочки носа после оперативных воздействий на нее.* На основании гистологических исследований более 30 препаратов слизистой оболочки носа, главным образом, переднего нижнего конца нижней носовой раковины после прижиганий термокаутером, хромовой и трихлоруксусной кислотами и конхотомии при помощи ножниц автор делает выводы: при всяком оперативном вмешательстве в более или менее длительный срок (до нескольких месяцев) эпителиальный покров восстанавливается. Вопрос о мерцательной клетке автором в работе не затронут. Эпителий рассматривается только в отношении ядерных слоев. Железистый и кавернозный слой не регенерируют. При прижиганиях кислотами и термокаутером заживление идет вторичным натяжением под струпом, а при конхотомии—первичным натяжением, так как края разреза подходят друг к другу подобно заживлению слизистой желудка и кишек. Сдвигание послеоперационных краев к друг другу происходит, повидимому, благодаря наличию мышечных и эластических волокон в глубине слизистой. Поэтому конхотомия патологически разрощенной слизистой оболочки носа должна быть предпочтена прижиганиям во всех случаях, где слизистая оболочка сохранила функциональную способность.—Прения: д-ра Н. К. Трутнев, С. П. Яхонтов, Смирнова и проф. В. К. Трутнев.

Гигиеническая секция.

Заседание 5/II—29 года.

1. Д-р М. В. Троккий. *Содержание Mn в пищевых продуктах.* Определение Mn в пищевых продуктах производилось колориметрически, причем окраска получалась по принципу Marschall'я и Walters'a с некоторыми изменениями, внесенными автором в данную методику. Зола исследуемого вещества, после последовательной обработки бисульфатом калия и крепкой азотной кислотой, растворялась в разведенной серной кислоте (10⁰/о); по прибавлении к полученному раствору твердого персульфата калия и достаточного нагревания полученная окраска марганцевой кислоты сравнивалась с шаблонным раствором перманганата. Проводя такие определения в различных продуктах растительного и животного происхождения, Авт. обнаружил резкое колебание в содержании Mn в первых и небольшое колебание в последних. Заслуживают внимания полученные постоянные величины в молоке и крови человека. Интересно также постоянное соотношение в содержании Mn в белке и желтке яиц, для которых оно в среднем равно 47⁰/о