

аневризм подключичной артерии имел дело с флегмоной в окружности аневризматич. мешка, оперативное пособие сопровождалось отчаянным кровотечением, едва не стоившим жизни больного; проф. П. М. Красин, д-р. С. А. Смирнов, проф. В. Л. Боголюбов.

2. Проф. Я. М. Брускин. *Энцефаловентрикулография, как метод диагностики и его клиническое значение.*— Подробный доклад, осветивший историю вопроса, технику введения воздуха в полости желудочков головного мозга и субарахноидальные пространства, показания, противопоказания и опасности, связанные с применением метода на практике с демонстрацией рентгенограмм, иллюстрирующих основные положения затронутой темы. Личный материал докладчика, обнимающий всего 82 случая, позволяет сделать ему некоторые выводы, напр., каждый из существующих приемов для введения воздуха в полости желудочков и субарахноидальные пространства—будь то поясничный путь или субокципитальный или непосредственный в желудочки через ткань мозга—имеет свои определенные показания и противопоказания и не заслуживает особого предпочтения один перед другим; осложнения сводятся, главным образом, к явлениям раздражения мозговых оболочек, обычно скоропроходящим, в единичных случаях наблюдался тяжелый коллапс, смертельных исходов докладчик имел 2, метод не безопасен, но, как подсобный, в деле распознавания патологических состояний головного мозга, главным образом, точного определения локализации опухолей и степени операбельности случаев должен занять прочное место в клинике.—*Прения:* проф. М. О. Фридланд, прив.-доц. В. А. Гусынин, проф. Н. В. Соколов, прив.-доц. Р. Я. Гасуль: на материале разработанном рентгеновским кабинетом и нервной клиникой ГИДУВ'а метод энцефалографии (и миеелографии) дал осязательные диагностические результаты в случаях опухолей и воспалительных процессов. Выбор места введения воздуха зависит от характера поражения; субокципитальный путь, видимо, должен заслуживать предпочтения перед поясничным; там, где оба последние метода в силу спаяк не могут вести к желаемой цели, воздух может быть введен непосредственно в желудочки. Перед энцефалографией необходимо сделать контрольные снимки, т. к. импрегнация опухолей солями извести позволяет в некоторых случаях точно распознать и локализовать процесс по обычной рентгенограмме; д-р Ю. В. Первушин располагает материалом в 30 энцефалографий, опыта с вентрикулографией не имеет; обычная доза воздуха 50 куб. с. реже больше (до 100 куб. с.); смертельных исходов не наблюдалось; зарегистрированы единичные случаи терапевтического эффекта от вдвигания воздуха (исчезновение, напр., тягостных головных болей); проф. Я. М. Брускин: абсцесс мозга служит одним из противопоказаний для применения метода; контрольные снимки необходимы, границы применения метода должны быть строго ограничены, чем отнюдь не уменьшается его диагностическая ценность; терапевтическое действие метода должно, видимо, отойти на задний план перед значением его в деле диагностики; проф. В. Л. Боголюбов—резюме.

3. Проф. М. О. Фридланд. *Опыт лечения костно-суставного туберкулеза цианистым золотом.* Докладчик располагает материалом в 32 случая закрытого костно-суставного туберкулеза, леченных по методу, разработанному Ортопедической клиникой кл. и-та, цианистыми соединениями золота. Техника, в основном, сводится к следующему: предварительное обезкровливание конечности эластическим бинтом, начиная от периферии ее и кончая местом под очагом, наложение Эсмарховского жгута на крупные сосуды конечности по общим правилам и введение непосредственно в воспалительный фокус 10—12 куб. с. дистиллированной воды, к которым примешан 1 куб. сан. 1% раствора цианистого золота и новокаина до $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ 0/0. затем, по истечении 15—20 минут. снимаются бинт и жгут. Непосредственный результат: обострение процесса в пораженном суставе, а затем, спустя несколько дней, исчезновение прежде всего болей, вызванных этим обострением, и обратное развитие основного страдания; количество инъекций редко приходится доводить до 3-х, обычно вполне бывает достаточно одной или двух, чтобы наступил желаемый терапевтический эффект. Демонстрация 3-х больных; ближайшие результаты примененного по отношению к ним метода вполне удовлетворили и самих больных, и клинику—боли исчезли, появилась подвижность в суставах, функция конечностей восстановилась в значительной степени; метод находится в процессе разработки, почему окончательные выводы и ждут дальнейших клинических наблюдений над ним.—*Прения:* целый ряд вопросов к докладчику, заинтересовавшему аудиторию своим методом; прив.-доц. Р. Я. Гасуль подвергает сомнению мнение докладчика, что метод преследует

цель общей стерилизации организма по отношению к тbc инфекции, почему и выражает пожелание, чтобы он был применен вдали от основного очага, тем более, что туберкулез суставов есть, в сущности, только местное проявление общего туберкулезного процесса, может быть терапевтический эффект от метода следует отождествить с протейнотерапией; проф. М. О. Фридланд: метод нашел себе применение пока только при закрытых формах тbc поражения суставов; в единичных случаях наблюдалось улучшение верхушечного процесса в легких; Ортопедическая клиника имеет некоторый опыт в деле лечения тbc поражения суставов и костей протейновыми телами, но общее впечатление складывается далеко не в пользу этой терапии; ободряющие результаты получила клиника только после применения доложенного метода лечения. Проф. В. Л. Боголюбов — резюме.

Рино-ларинго-отитатрическая секция.

25-ое заседание 2 марта 1929 г.

1. Д-р Б. В. Огнев. *Демонстрация анатомических препаратов* различных типов *придаточных пазух*: двухэтажная лобная пазуха, разделенная горизонтально расположенной костной пластинкой на верхний и нижний отделы; череп с сильно развитыми лобными пазухами, из коих правая открывается в средний носовой ход, а левая — в верхний; препарат Гайморовой пазухи с сильно развитыми нишами в стенках ее. Препарат резко развитой основной пазухи, занимающей все тело os. sphenoidal. Сосцевидные отростки с различными типами строения antr. mastoidei. — *Прения*: проф. В. К. Трутнев, инженер Пауткин, д-ра Голанд, Лобков, Матвеев.

2. Д-р Н. К. Трутнев. *Демонстрация больного с редким вариантом расположения кровеносных сосудов глотки*. У здоровой в остальном больной, 45 лет, определяется справа на задне-боковой стенке глотки пульсация крупного сосуда, симметрично на левой стороне пульсаторное сотрясение. Слабые субъективные ощущения в форме першения в горле. Предполагается вариант расположения a. carotis internaе.

3. Д-р Д. Н. Матвеев. *Демонстрация больного с аномалией сосудов глотки*. У здорового в остальном юноши заметен на правой задне-боковой стенке глотки крупный венозный сосуд, расположенный поверхностно под слизистой оболочкой. — По демонстрациям 2-ой и 3-ей сделаны замечания проф. Трутневым.

4. Д-р Б. С. Голанд. *Несколько случаев злокачественных новообразований уха*, наблюдавшихся в Казанских ОРЛ клиниках за 3 года. Один случай саркомы и 2 раковых новообразования. Приведен обстоятельный обзор литературы по этому вопросу. — *Прения*: проф. В. К. Трутнев и д-ра Вольфсон, Герасимов, Матвеев, Н. Трутнев, Цвиллинг, Чудносоветов и Яхонтов.

26-е заседание 15 марта 1929 г., объединенное с физиологической секцией.

1. Д-ра А. П. Никольская и Тушнов. *Случай тяжелого осложнения после аденотомии*. 12-летний мальчик перенес операцию аденотомии. На 10-й день после операции скончался при мозговых явлениях. На вскрытии обнаружен абсцесс правого мозгового полушария, величиною с куриное яйцо, окруженный плотной соединительно-тканной капсулой. При жизни абсцесс распознан не был. — *Прения*: профф. Лепский, Трутнев и д-ра Вольфсон, Герасимов и Журавлева.

2. Д-р В. В. Громов. *Случай опухоли языка*. 16-летний юноша страдает резко выраженной макроглоссией; язык настолько велик, что не помещается в полости рта, выступает наружу на 2 поперечн. пальца. Постоянным давлением нарушает правильное развитие зубов и нижней челюсти. Язык стал увеличиваться вскоре после рождения. Вероятнее всего дело идет о разлитой лимфангиоме.

3. Д-ра Е. Н. Павловский и Н. М. Лопатина. *Материалы к вопросу о значении верхних дыхательных путей для вентиляции легких* (предварительное сообщение). Литературные сведения о значении дыхательных путей для вентиляции легких оч. скудны и неоднородны. Прямых исследований вентиляции легких при частично выключенных дыхательных путях почти не было. Аа. производили измерения выдыхаемого воздуха при дыхании через нос (т. е. при нормальных дыхательных путях) и через трахеотубус (т. е. с выключенными верхними дыхательными путями). Всего произведено 214 измерений в 29 опытах. Оказалось, что при дыхании через трахеотубус через легкие проходит значительно