

интеллекта, появилась неуверенная, шатающаяся походка, усталость рук, прекратились мenses; обнаружилось заметное изменение характера и поведения б-ой: недружелюбная, замкнутая б-ная с начала болезни становится доступней, общительней и более настойчивой. В августе месяце констатируется neuritis incis. os. sin. В Нервной клинике и-та отмечались легкие явления правостороннего гемипареза с участием лицевого и подъязычного нервов, легкие дисметрические явления в правой руке и атактические явления в нижних конечностях. Со стороны рефлекторной сферы—быстрая истощаемость брюшных рефлексов справа, С. Oppenheim'a справа, слева—он не типичен. Других патологических рефлексов не было. Повышение тонуса сгибателей нижних конечностей. Obstipatio. Отмечалась болезненность при перкуссии левой лобной и височной кости. Чувствительная сфера—N. Со стороны зрения—усиление воспаления явлений слева, выраженный неврит с отеками явлениями в правом глазу, сужение поля зрения на красный и зеленый цвета. Со стороны псих. сферы. Ослабление памяти и внимания. Замедленная речь. Элементы амnestической афазии. На общем фоне псих. подавленности безучастность к окружающему. В дни, свободные от припадков, б-ная обращала на себя внимание несколько повышенным настроением без сознания болезни, доступностью и беспечностью. При энцефалографии (на пневморентгенограмме) сдавление переднего рога левого бокового желудочка. Был поставлен диагноз опухоли в левой лобной доле.

Проф. А. В. Вишневским была произведена под местной инфильтрационной анестезией операция, в основном подтвердившая диагноз. Была удалена опухоль весом 37 гр., плотной консистенции, исходящая из глубины fissurae longae cerebri, сдавливающая лобные доли и выходящая на выпуклую поверхность мозга в виде тонкого пласта; микроскопически эндотелиома. Послеоперационное течение и последующее восстановление нарушенных функций проходило совершенно гладко. При вторичном пребывании в Нерв. кл. у б-ой обнаружались явления амнезии, фиксации и полный пробел памяти на события в период выраженного заболевания и до произведенной операции. Так, б-ная совершенно не помнит, что она была уже в Нервной клинике, что перед этим лежала в Психиат. клинике, не помнит ни курировавшего врача, ни ассистентов; б-ная путается в определении пространственных отношений между отдельными частями города и конфабулирует. По-детски наивна в суждениях. В поведении преобладает благодушие и недостаток предусмотрительности. Прошло более 3-х месяцев времени операции. Б-ная чувствует себя удовлетворительно. Общемозговые явления, характеризовавшие ее первоначальное состояние, исчезли, и сейчас кроме легкого пареза в правой руке и вышеупомянутых особенностей психики ничто уже не напоминает о бывшем у нее тяжелом мозговом процессе.

Случай представляет большой клинический интерес по своему исключительно благоприятному исходу и с точки зрения топической диагностики функций большого мозга.—Прения: д-ра Перушин, Влежанин.

#### Хирургическая секция.

##### Заседание 18 декабря 1929 г.

1. Д-р М. С. Знаменский. Случай хронического гнойного остеомиелита позвоночника. Красноармеец О. В. поступил в Казанский военный госпиталь 21/XI 1928 г. в тяжелом состоянии. В анамнезе падение в бане и ушиб поясницы. При объективном исследовании болезненность и ограничение подвижности всего позвоночника, припухлость в поясничной части. Симптом Кернига. Со стороны легких явления инфаркта в нижней доле левого легкого. Высокая температура. В январе 1929 г. рентгенограмма, на которой видно изменение контуров и разрежение костного вещества 5 L. В феврале образовался небольшой абсцесс, который пунктирован, причем получено несколько капель гноя; посев гноя дал чистую культуру стафилококка. К марту больной поправился и был уволен в отпуск на 3 м-ца, во время которого настолько поправился, что признан годным к дальнейшей службе. В ноябре 29 г. упал и ушиб снова поясницу. Снова начались боли, появилась опухоль, пункция которой дала 1 куб. см. густого желтого гноя с кровью. Посев дал чистую культуру стафилококка. Температура все время нормальна, общее состояние хорошее. Рентгенограмма обнаружила регенерацию и остеосклероз 5L.—Прения: прив.-доц. В. А. Гусынин не рекомендует ограничиваться консервативным лечением в данном случае и считает показанным в разгаре болезни вскрытие и опорожнение гнойника с удалением секвестров.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль находит, что интенсивность тени V-го поясничного позвонка резко изменена по сравнению с IV-ым, выраженный гиперостоз и остеосклероз V-го позвонка, все это говорит за остеомиелит V-го поясничного позвонка. Д-р М. С. Знаменский указал, что оснований для активного вмешательства не было, так как температура держалась все время, пока был процесс в легких, после чего больной стал быстро поправляться. Проф. М. О. Фридлянд остановился на характеристике и дифференциальной диагностике, данного страдания.

2. Д-р В. И. Низнер. *К вопросу о перекручивании селезенки*. Докладчик продемонстрировал больную, 30 лет, поступившую в Госпитальную хирургическую клинику университета по поводу болей внизу живота, тошноты, рези при мочеиспускании и наличии опухоли в левой половине брюшной полости. Заболела за 3 дня до поступления в клинику, вначале отправление кишечника было нормальное, позже задержка стула и отсутствие ветров. В левой подвздошной области, ниже *lin. biliosa*, прощупывается малоподвижная опухоль, над опухолью тимпанит исчезает. Поворачивание больной невозможно вследствие болезненности. В крови плазмодий малярии не обнаружено. Предположена перекрученная киста яичника, а при чревосечении по средней линии оказалась опущенная селезенка, перекрученная на 180°, которая была удалена во время операции. Послеоперационное течение гладкое. Вес удаленной селезенки 1050 гр., длина—97 см., толщина—31 см. *Прения:* д-р Кузьминов, д-р Ю. А. Ратнер, проф. Н. В. Соколов: интерес случая не во вмешательстве, а в трудности установить диагноз. Увеличение объема селезенки можно отчасти объяснить сдавлением вен без сдавления артерий при перекручивании селезенки. Д-р Формозов. Проф. М. О. Фридлянд также указал на диагностические затруднения подобного рода случаев и высказался за немедленную операцию и широкое вскрытие брюшной полости по средней линии живота: таким образом одновременно выясняется диагноз и не упускается время, которое так ценно для сохранения жизни указанных больных.

3. Проф. Я. М. Брускин. *Миелография и ее клинически-экспериментальная оценка*.—Метод новый, предложен в 1921 г. Ранняя клиническая диагностика заболеваний спинного мозга трудна, а установление точной локализации тем более. Миелография в ряде случаев является ценным диагностическим методом. Контрастные вещества для этого употребляются: иодипин (20—40%) или липидоль. Оба препарата удовлетворительны в смысле контрастности, но могут вызвать раздражения и изменения в оболочках. Клинический материал докладчика обнимает 24 случая. В 6 случаях установленный диагноз спинального блока при помощи миелографии подтвердился на операции. Применяют восходящий и нисходящий способы введения контрастных веществ путем пункции цистерны или в поясничной области. Клиницисты сообщают единичные случаи радикулитов и миалгий после миелографии, и при рентгеновском исследовании через 1/2—1 год находили исчезнувшим иодипин и липидоль. Докладчик продемонстрировал два позитивных миелографий на 6-ных и собаках, где обнаружены контрастные вещества спустя несколько месяцев. На 24 собаках (15 иодипином, 9 липидолем) была произведена миелография, после чего животные через сроки от 3-х до 8 мес. убивались. Микроскопические исследования показали, что контрастные вещества в оболочках и мозговой ткани вызывают пролиферативную реакцию с обильным развитием соединительной ткани. Миелография показана, по мнению докладчика, при подозрении на спинальный блок, причем во время операции следует, по возможности, удалить весь иодипин (или липидоль). Если же блока нет и операция не произведена, следует попытаться ипримем удалить контрастные вещества. В виду резкого воздействия контрастных веществ на мозговые оболочки и трудности удаления их, в особенности в тех случаях, когда операция не показана, применение миелографии должно быть крайне осторожно и по возможности ограничено. *Прения:* д-р М. С. Знаменский спрашивает: тяжелее ли липидоль, чем спинномозговая жидкость? Проф. М. О. Фридлянд: не безопасна ли субокципитальная пункция? Д-р М. И. Гольдштейн: что общего между иодипиновой олеогранулемой и парафиновой? Д-р И. И. Цимхес: в виду опасности введения иодипина или липидоля, нельзя ли при спинальном блоке вводить воздух? Прив.-доц. Р. Я. Гасуль аналогичные экспериментальные исследования Reirog и Klose (1924) над животными и наблюдения Siscard и Forestier показали, что в сравнительно малых дозах иодипин или липидоль, которые являются не растворами иода в масле, как неверно полагают, а органическими соединениями особым образом обработанного сезамного или макового масла с помощью иодоводорода, не представляют особо вредного вещества