

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. Фридланд 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 трудности установить диагноз. Увеличение объема селезенки можно отчасти объяснить сдавлением вен без сдавления артерий при перекручивании селезенки. Д-р Формозов. Проф. М. О. Фридланд 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: иодиопин (20—40%) или липиодол. 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 иодиопин и липиодол. Докладчик продемонстрировал диапозитивы миелографий на 6-ных и собаках, где обнаружены контрастные вещества спустя несколько месяцев. На 24 собаках (15 иодиопином, 9 липиодолом) 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 иодиопин (или липиодол). 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 липиодол, чем спинномозговая жидкость? Проф. М. О. Фридланд: не безопасна ли субокципитальная пункция? Д-р М. И. Гольдштейн: что общего между иодиопиновой олеогранулемой и парафиновой? Д-р И. И. Цимхес: в виду опасности введения иодиопина или липиодола, нельзя ли при спинальном блоке вводить воздух? Прив.-доц. Р. Я. Гасуль аналогичные экспериментальные исследования Reiror и Klose (1924) над животными и наблюдения Siscard и Forestier показали, что в сравнительно малых дозах иодиопин или липиодол, которые являются не растворами йода в масле, как неверно полагают, а органическими соединениями особым образом обработанного сезамного или макового масла с помощью иодоводорода, не представляют особо вредного вещества

для спинного мозга при миелографии. Так как эти соединения не содержат свободных масляных кислот, то их омыление является сравнительно нейтральным процессом. Докладчик получил повреждения у животных, обусловленные, повидимому, количеством иодирина, приблизительно в 6 раз превышающим человеческую дозу. Не отрицая значения иодирина, как раздражителя, мы все же должны в показанных невропатологом случаях применять миелографию, особенно при раннем распознавании опухолей. Д-р Ю. В. Первушин: сегментарная диагностика заболеваний спинного мозга гораздо точнее, чем таковая же диагностика головного мозга. Когда есть блок, то исследование выше и ниже спинномозговой жидкости и без миелографии устанавливает диагноз. Прибегать к миелографии следует исходя из клинической картины. Проф. Я. М. Брускин: действие иодирина или липиодола складывается: олеогранулема и раздражение от иода. Клиницисты осторожно подходят к небезопасному методу и только в тех случаях прибегают к нему, когда другим путем нельзя установить локальную диагностику. Проф. М. О. Фридланд поделился клиническими впечатлениями по поводу одного собственного случая операции на спинном мозгу по поводу его опухоли, установленной миелографией; при операции поражало колоссальное утолщение оболочек спинного мозга и резко выраженная их рубцовая дегенерация; в связи с ходом клинической картины можно было полагать, что указанные изменения в значительной мере зависели от введения липиодола, т. е. от применения самого метода миелографии.

Секретарь И. Цимхес.

Заседание 8 января 1930 г.

1. Д-р Н. М. Кузнецов демонстрировал больного с распространенной *слоновостью обеих нижних конечностей и наружных половых органов*. Б-ной, крестьянин, 29 лет, болен около 12 лет. Отмечается скудное отделение мочи. Кожа суха, зудится. Сильная жажда, пьет за день 5—6 литров воды. Мочевыделение без дизурических расстройств, до 7 литр. в сутки, уд. вес 1004—1005. В крови эозинофилия 7—8%. RW отриц. Половые железы представляются заметно уменьшенными в размерах. Невропатологи нашли гипофункцию щитовидной и половых желез. Антропометрические и конституциональные данные указывают на расстройство эндокринной системы в смысле гипофункции половых желез и гипопифиза.—По видимому, слоновость в данном случае следует поставить в связь с нарушениями в эндокринной системе.

В прениях проф. М. О. Фридланд, д-р Ю. А. Ратнер и проф. В. А. Боголюбов отметили сложность случая, налицо полиглангулярность заболевания, рекомендуют терапию препаратами щитовидной железы и даже произвести ее пересадку.

2. Д-р Б. В. Огнев. *Циклопия в связи с аномалиями других органов*. Описание касается трупика младенца женского пола, 4 см. длин. Уродство выражается присутствием посредине, на месте носа, одиночного глаза и над ним носового хобота. Верхние и нижние конечности имеют по 6 пальцев. Недоразвитие полушарий головного мозга. Микроскопическое исследование глаза обнаружило отсутствие роговицы, наличие одного хрусталика, глянзной ткани, пигментной оболочки, элементов хрящевой ткани и стекловидного тела, п. орбисиз имеется в единственном числе. Открытое овальное отверстие между предсердиями, резкодольчатая печень с трехкамерным желчным пузырем и дольчатая селезенка. Левая почка состоит из отдельных долек и имеет два мочеточника. Правая почка, имея 2 гидронефротических мешка, в верхней своей трети резко дольчатая. Справа 5 а. а. renales, слева 6.—Обнаружен также дивертикул Мескеля.

3. О н же. *Случай эхинококка щитовидной железы*. К-ка, 27 лет. Год тому назад заметила в области щитовидной железы незначительную опухоль, которая постепенно увеличивалась, мешала при глотании, и появилась охриплость голоса при разговоре. Операция под местной анестезией (1/2% раствор новокаина). Вся опухоль с фиброзной капсулой удалена. Заживление гладкое. Диагностирован этот случай во время операции.—Прения (по обоим докладам): д-ра А. Н. Сызганов, Ю. А. Ратнер и проф. В. Л. Боголюбов.

4. Д-р С. А. Смирнов. *Случай многокамерного эхинококка печени*, относящийся к 28 лет. мужчине, кряхтеу по национальности (болен 2 года). Объективно: большая опухоль с явлениями глубокой флюктуации правой доли печени без явлений желтухи в прошлом и настоящем. Отсутствие эозинофилов, неопределенная реакция Cassoni. До операции диагноз колебался между гуммозным гепатитом и многокамерным эхинококком печени, не был окончательно исклю-