

чен и рак печени. При чревосечении была обнаружена опухоль печени, после вскрытия которой выделилось до 3 литров гноеподобной жидкости. Окончательный диагноз был поставлен только после патолого-анатомического обследования биопсированных кусочков и вскрытия больного после смерти, наступившей вскоре после операции. Докладчик демонстрировал макро-и микроскопические препараты печени и метастатического узла легкого. — Прения: проф. В. Л. Боголюбов.

**Административная часть.** 1. Отчет секретаря секции д-ра И. Л. Цимхеса за 1929 г. Хирургическая секция о-ва врачей при Казанском университете существует 4 года. В отчетном году было 14 заседаний, т. е. на 2 больше прошлого года. Посещаемость заседаний в среднем 50–55 человек. На заседаниях было сделано 22 доклада и 30 демонстраций, т. е. на 5 больше по сравнению с прошлым годом. Одно заседание было совместно с О-вом рентгенологов и радиологов г. Казани. С докладами, между прочим, выступали слушатели-врачи Института усовершенствования врачей.

2. Перевыборы президиума: Президиум избран в составе председателя проф. В. Л. Боголюбова и тов. председателя проф. Я. М. Брускина, А. В. Вишневого и М. О. Фридланда. Секретари: д-ра Н. А. Герасимова, Садыкова, С. А. Смирнов и И. Л. Цимхес.

Секретарь И. Цимхес.

#### *Рино-ларинго-отоларингическая секция.*

Заседание 7 марта 1930 г.

1. Д-р В. А. Чудносветов. *К методике инъекции лимфатических сосудов слизистой носа.* Докладчик на собаках изучал связь лимфатической системы носа с полостью черепа. Для опытов бралась настоящая китайская тушь в палочках, растиралась в дистиллированной воде или гипертоническом (изотоническом) растворе Ringera и фильтровалась через замшу. Приготовленная таким образом тушь вводилась под завороченную в виде манжетки твердую оболочку шейного отдела спинного мозга убитого кровопусканием животного, или же в остром опыте — субкципитально и, наконец, каудально, путем ламинэктомии последних поясничных и 1-го крестцового позвонков и введения канюли под твердую (и паутинную) мозговую оболочку. Давление жидкости не превышало 65 смт. водного столба. Посмертная инъекция продолжалась от 1½ до 3 суток, в остром опыте от 8 до 14 часов. При субкципитальном введении туши животное обычно погибало через 8–10 часов. Во всех опытах получалась инъекция слизистой тушью, проходившей по периневральным пространствам. Докладчик продемонстрировал микроскопические препараты. Прения: проф. К. Р. Виктор, д-ра С. П. Яхонтов, Н. А. Бобровский. Д-ра Сызганов и Огнев, считая затронутый докладчиком вопрос актуальным, указали, что на демонстрируемых микроскопических препаратах имеется картина венозных сплетений, а не лимфатических. Проф. К. Г. Боль отметил, что вопрос о лимфатической системе носа является безусловно спорным, и указав, что наличие связи между полостью носа и полостью черепа не подлежит сомнению, выразил надежду, что докладчик продолжит свои исследования.

2. Д-р Б. В. Огнев — *Циклопия в связи с аномалией других органов.* См. заседание хирургич. секции от 8/1–30 г. Докладчику был задан ряд вопросов профессором В. К. Трутневым, проф. К. Р. Викторовым и д-ром Сызгановым.

**Административная часть.** *О социалистическом соревновании.* Собрание поручило президиуму Секции выработать проект социалистического обязательства Секции.  
Секретарь Касторский.

#### **Общество невропатологов и психиатров при Казанском государственном университете.**

Заседание 27/XI—29 г.

1. Д-р М. Ф. Крейцберг. *Демонстрация больной с повреждением шейного отдела п. sympathici.* У больной С., 32 лет, после операции френнко-акзереза появилась слабость и боль в правой руке, боль и парестезия в виде жжения в правой половине лица, слезотечение из правого глаза. Объективные расстройства в сфере движений выражены парезом п. thorac. longus, в чувствительной сфере — температурной и болевой гипестезией на правой руке, тактильной

гипестезией на правой половине шеи и лица; имеется качественное повреждение тактильных восприятий. Мускулатура плечевого пояса и лица на правой стороне представляет похудание, не давая, однако, изменения электровозбудимости. Расстройства со стороны симпатической нервной системы дополняются с. Ноггега справа, отсутствием головного и местного пилomotorного рефлекса на правой половине груди и правом плече, anhidrosis'ом правой половины лица, шеи и правого плеча. В связи с тем, что симпатический синдром установился после операции, докладчица делает заключение о повреждении п. sympathici во время операции.—В прениях высказались: проф. Фаворский, Клячкин, прив.-доц. Русецкий, Гасуль и д-р Чураев.

2. Доцент Р. Я. Гасуль. *Лучи радия и Röntgen'a в терапии нервных заболеваний.* Напечатано в № 2 „Каз. мед. журнала“ за 1930 г.—Прения: Проф. А. В. Фаворский отметил, что при лечении невралгии тройничного нерва освещение в некоторых случаях придется переносить на заднюю центральную извилину. Относясь скептически к рентгенотерапии tabes'a и рассеянного склероза, проф. Фаворский считает возможным испытать этот вид терапии при заболеваниях периферической нервной системы. Проф. Г. А. Клячкин отметил безразличность лучей Röntgen'a и уместность скептицизма к рентгенотерапии в некоторых случаях. Прив.-доцент И. И. Русецкий, касаясь характера изменений тканей под влиянием рентгенотерапии, считает возможным благоприятные результаты рентгенотерапии относить на уменьшение секреции спинномозговой жидкости pl. chorioidei. Д-р Л. Н. Клячкин указал, что рентгенотерапия при синингомвализме может рассчитывать на успех лишь в стадии разращения глиозных элементов.

3. Д-р А. А. Сарыгин. *Случай энцефалита* (с демонстрацией микроскопических препаратов). Больной К., 32 лет, кочегар, неотягощенный наследственностью, lues отрицает, алкоголем не злоупотреблял. В августе 1927 г. заболел острым инфекционным заболеванием, сопровождавшимся повышением t°, поносом и потерей сознания на несколько дней, после чего у больного появились понижение зрения, почти полный паралич движений глазных яблок, шагкая походка, расстройство сна, боли в плечевом поясе и ногах, шум в ушах, легкие приступы головокружений. Через 1½ месяца появились общие эпилептические припадки, раньше не наблюдавшиеся. В дальнейшем зрение ухудшалось, атакия нарастала. 9 ноября 1927 г. поступил в клинику нервных болезней ун-та. Объективно отмечено: зрачки равномерные, реакция их на свет вялая, vis. 0,3 в обоих глазах, стеклами не корригируется, височные половины сосков бледноваты; почти полный паралич произвольных движений глазных яблок с сохранением автоматических, ptosis lev. palp. d.; некоторая скованность, резко выраженная атакия походки мозжечкового характера, без посторонней помощи ни стоять, ни ходить не может, в руках легкая атакия; сухожильные и периостальные рефлексы повышены, клонус стоп, кожные рефлексы сохранены, патологических рефлексов—нет; тонус мышц несколько повышен, больше в мышцах ног; чувствительность не изменена; слух понижен, с. Rinne положительный, полное выключение вестибулярного аппарата; психика формальных отклонений не представляет; плеоцитоз 6,5, давление не повышено, RW в крови и спинномозговой жидкости отриц., p. Pandu—слабо положительна; моча—N; t°—37,1°. За время пребывания в клинике наблюдалось несколько общих эпилептических припадков, явления атаксии нарастали, и 27 ноября 1927 г. больной скончался от паралича сердечной деятельности в stat. epilepticus.

Макроскопически мозговые оболочки и мозг представлялись не измененными; микроскопически, по методам Nissl'a, Mann'a, Mallory и при окраске Scharlach R., обнаружены хронические и частью острые воспалительные изменения в области четверохолмия, резко выраженные в окружности Сильвиева водопровода, распространяющиеся также и на белое вещество. Менее выражены воспалительные явления в подкорковых узлах и Варолиевом мосту. В коре большого мозга изменения сводятся к артерииту. В мягкой мозговой оболочке—легкие воспалительные изменения.

Секретарь Чураев.