

ремиттирующие повышения. Спустя 10 дней после первого сеанса был сделан второй. В течение 5 часов температура поддерживалась на уровне 106—107,8° Ф (41,4° С — 42,1° С. Ред.). На этот раз он вынес ее хорошо. К вечеру температура пришла к норме. На следующий день после второго сеанса в простатическом соке был впервые найден гонококк. При исследовании, повторенном через три недели, гонококки уже не были найдены. Наступило полное излечение.

В. Дембская.

## Заседания медицинских обществ.

### Общество рентгенологов ТАССР

Заседание 9.I. 1938 г. Присутствовало 29 чел.

1) Доц. А. Н. Кресер. *Современное состояние вопроса ателектазов легких.* Учение о нарушениях бронхиальной проходимости отражает функциональное направление в клинике. Схема Джексона представляет три степени бронхостенозов: 1) незначительное сдавление — „сквозная частичная закупорка“ — воздух проходит при вдохе и выдохе, анатомические изменения не формируются, функциональное нарушение. Рентгенологический признак смещения средостения при вдохе в сторону, где сдавлен бронх — симптом Гольцкнехта-Якобсона; 2) более значительное сдавление или „частичная вентиляционная закупорка“ — так как диаметр бронха при вдохе расширяется и суживается при выдохе, образуется как бы клапан, нагнетающий воздух с последующим развитием эмфиземы в периферическом отделе легкого;

3) полное сдавление или „полная закупорка“ — воздух не может ни войти, ни поступить обратно — образуется ателектаз.

Причины ателектаза: а) изменение самой стенки бронха — воспалительный процесс, рак бронха и т. д., б) патологические изменения вне бронха, вызывающие вторично его сдавление (увеличение железы, опухоль и т. д.), в) закупорка бронха массами, не связанными ни со стенкой бронха, ни с окружающими его органами — сгусток крови, комочек слизи, инородное тело и т. д.

Патофизиологическая сущность ателектаза трактуется различно. „Ателектатический отек“ легкого — выступание экссудата в свободные от воздуха альвеолы легкого (Corillon и Wignbaum). Замедление тока крови в ателектатическом участке, в результате которого возникает отечность (Beitzke), гиперемия в стенозированном участке с трансудацией тканевой жидкости в альвеолы (Wallgren). Клинико-рентгенологическая картина ателектаза: а) одышка, кашель, притупление перкуторного звука, отсутствие дыхательного шума, б) на рентгене гомотенная тень по ходу бронха, смещение медиастинум в сторону ателектаза, сужение межреберий, поднятие диафрагмы.

Патолого-анатомические данные ателектаза: а) исчезновение альвеолярных полостей, б) переполнение капилляров кровью, отек капилляров.

Ателектаз легкого является сложным клиническим синдромом, осложняющим течение целого ряда легочных заболеваний, в частности, туберкулезного процесса. Как самостоятельное заболевание ателектаз возникает при наличии инородного тела в бронхе. Исход ателектаза находится в зависимости от механики его развития — полное восстановление легкого; превращение его в склероз; переход в нагноительный процесс. Бронхоскопия, применение контрастного рентгеновского исследования с введением в бронх липоидоля будут в значительной мере содействовать изучению вопроса о нарушениях бронхиальной проходимости.

В прениях выступали: доц. М. И. Гольдштейн и М. С. Перлин.

Заседание 15.V 1938 г. Присутствовало 29 врачей и 33 рентгенотехника.

1) В. А. Новиков. *Некоторые новые достижения в области советской рентгенотехники.* Выпуск рентгено-аппарата в СССР находится на высоком уровне современной техники как по качеству аппаратуры, так и по масштабам

производства. Московский рентгенозавод производит рентгеноаппараты в 500000 вольт, предназначенные для интенсивной глубокой терапии и для промышленных целей. Аппарат Кусо универсальный — для диагностики и глубокой терапии. Аппарат Д — 110 — К4 — сконструирован с полной защитой от высокого напряжения в металлическом шкафу.

Столики управления к аппаратам московского завода полуавтоматизированы, частично управляются дисеками и особенно универсальны в отношении включения в сеть с добавлением сетевого корректора.

Аппараты Д—110 — К1 и Д — 110 — К4 занимают мало места в виду того, что трансформаторы накала помещаются в общем баке с высоковольтным трансформатором (универсальные для включения в сеть), имеют сетевой корректор.

Выпускается переносный аппарат в двух небольших чемоданах. Полная защита от тока высокого напряжения. В одном из чемоданов переносная фотолаборатория.

Аппараты для глубокой терапии, с масляными конденсаторами, впервые изготавливаются в Союзе на заводе „Буревестник“ (ЗТ — 200 — К2).

Заводом „Светлана“, вырабатываются защитные рентгеновские трубки 6 KW и кенотроны.

Выпускаются также трубки и кенотроны для переносных и палатных рентгеноаппаратов, длиной в 130 мм вместо 510 мм; выпускаются трубки с третьим электродом (сеткой) для ультракоротких снимков, действующих путем разряда конденсаторов. Осваивается выработка мощных диагностических трубок на 10 кв и терапевтических до 300 кв.

Московским рентгеновским институтом сконструирован универсальный дозиметр с контролем „радиа“, по точности измерения несколько не уступающим зарубежным дозиметрам.

Советская промышленность наладила мощное производство усовершенствованной рентгеноаппаратуры и приборов целиком из советских материалов.

Был задан ряд вопросов. В прениях выступали доц. Д. Е. Гольдштейн и д-р Ошаров.

2) Доц. М. С. Перлин и д-р М. М. Шалагин: *К вопросу о доброкачественных опухолях желудка*. Доклад печатается в „Казанском медицинском журнале“.

Председатель об-ва рентгенологов доц. Д. Е. Гольдштейн.

Секретарь доц. М. С. Перлин.

## Объединенное заседание терапевтического, хирургического и рентгенологического обществ ТАССР.

15 февраля 1938 г.

1. Председательствующий проф. Н. В. Соколов сообщил о смерти заслуженного деятеля науки проф. Викторина Сергеевича Груздева. Память покойного почтена вставанием.

2. Проф. Н. В. Соколов произнес речь, посвященную XX годовщине РККА. Принята единогласно резолюция.

Демонстрации:

3. Д-р В. А. Суворов. Случай гемолитического шока, излеченного новокаиновым блоком по Вишневскому.

Больной К., 24 л., в род. отд. Вахитовской больницы, по поводу сепсиса было перелито 50 см<sup>3</sup> плацентарной крови гр. 0 (больная имела группу А). Час спустя после переливания наступила картина гемолитического шока. Пульс 140, едва ощутимый, дыхание поверхностное, зрачки расширены. Началась рвота и понос. Больной срочно сделан левый поясничный новокаиновый блок — 60 см<sup>3</sup>, после чего появилось заметное улучшение пульса, но все же общее состояние оставалось тяжелым. Сделан вторично поясничный новокаиновый блок на правой стороне. Через 10 мин. состояние больной улучшилось. Пульс 120, удовлетворительного наполнения. Рвота и понос прекратились. В дальнейшем все явления шока исчезли, и больная вскоре уснула.