

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 готовятся в Союзе на заводе „Буревестник“ (ЗТ—200—К2).

Заводом „Светлана“, вырабатываются защитные рентгеновские трубки 6 КВ 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 Вишневному.

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.

**Докладчик** обращает внимание на преимущества новокаинового блока перед переливанием одноименной группы, считая, что новокаиновый блок может быть сделан в любых условиях.

4. Д-р В. А. Суворов. Случай перфорации желудка после рентгеноисследования. Больной М., 46 л., страдал желудочным заболеванием с 1911 г. За последние годы у него диагностирована язва 12-п. кишки. Больной был подвергнут рентгеноисследованию. Во время исследования был дан сразу стакан бариевой смеси, больной почувствовал резкую боль в животе, но все же до конца исследования продержался на ногах. В рентгенокабинете больной пролежал 10—15 мин., после чего был направлен в поликлинику с диагнозом: язва 12-п. кишки. С поликлинического приема больной был доставлен ст. ск. помощи в клинику неотложной и военно-полевой хирургии ГИДУВ. С диагнозом: перфоративная язва желудка больной был срочно оперирован (проф. Г. М. Новиков) под местной инфильтрационной анестезией по Вишневскому. В брюшной полости оказалось значительное количество желто-зеленой жидкости с обильным количеством бариевой смеси; перфорация 12-п. кишки, из которой вытекает жидкость вместе с барием. Произведена резекция желудка по Рейхель-Полю. Послеоперационное течение гладкое. На 19-й день больной в хорошем состоянии выписан из клиники.

Докладчик обращает внимание на учащение случаев перфорации под экраном. В течение года—это 4-й случай, наблюдаемый клиникой. Случай интересен и в том отношении, что несмотря на наступившую перфорацию под экраном—рентгенолог не распознал ее, продолжая исследование. Необходимо выработать противопоказание для рентгеноисследования язвенных больных.

В прениях приняли участие: Б. Г. Герцберг, Д. Е. Гольдштейн, Р. А. Васелев, М. С. Перлин.

Председ. проф. Н. В. Соколов (резюме).

Случай излечения гемолитического шока новокаиновым блоком, рассчитанный на воздействие через первую систему на сосуды почек, заслуживает внимания. Этим фактом подтверждается трактовка гемолитического шока, как явления, связанного с спазмом сосудов почек.

Демонстрированная д-ром Суворовым перфорация желудка после рентгеновского исследования лишний раз заставляет обратить внимание на необходимость для хирурга и рентгенолога четко выработать противопоказания для рентгеноисследования язвенных больных.

Проф. Н. К. Горяев (доклад). К вопросу о спленектомии (аутореферат).

Цель доклада—остановить внимание на спленектомии, как лечебном методе, на обосновании этого метода, указаниях к применению и его результатах.

Спленектомия является неотложной операцией в случаях разрыва селезенки, перекручивании ее ножки, при злокачественных новообразованиях селезенки. Она может стать необходимостью, если опухоль селезенки причиняет больному страдания.

Удаление селезенки в опыте на животных, удаление у человека здоровой до того селезенки (при разрыве и т. п.) показало, что спленектомия не ведет к заметным расстройствам в организме.

Некоторые наблюдения ставят вопрос о том, не содействует ли спленектомия развитию злокачественных новообразований.

Накапливающийся материал заставляет думать, что патологически измененная селезенка может вести к различным общим и местным расстройствам: анемия, лейкопения, явления геморрагического диатеза, задержка общего физического развития, расстройства функции желез внутренней секреции, структурные изменения и функц. расстройства печени и т. п.

Наблюдения докладчика. Тромбофлебитическая спленомегалия. Клиническая картина освещена на заседании терапевтического общества 3/1 1938 (доклад В. П. Добрыниной).

Гемолитическая желтуха. Клиническая картина освещена в докладе О. К. Махаловой (там же). Спленектомия признается всеми наиболее обещающим методом; однако операция может оказаться трудно выполнимой (сращения, возможные и серьезные осложнения). Хотя операционная смертность не велика, все же сравнительно доброкачественное течение заболевания заставляет в большинстве случаев воздержаться от операции. Лишь авторы, видевшие случаи неожиданных острых обострений процесса склонны занять более активную позицию.

Одним из важных показаний к спленектомии является тромбопеническая пурпура.

В прениях принимали участие Р. И. Лепская, Б. Г. Герцберг, К. А. Дрягин, Р. А. Вяселев.

Председ. проф. Н. В. Соколов, (резюме).

Доклад проф. Н. К. Горяева, с исчерпывающей полнотой осветившего вопрос о показаниях к спленектомии, является особенно ценным для нас, хирургов, в том его разделе, где Н. К. Горяев остановился на показаниях к спленектомии при болезни Банти, тромбофлебитической спленомегалии.

Исход после спленектомии зависит несомненно от 1) техники выполнения операции, 2) от своевременности оперирования (опыт убеждает нас, что при оперировании по поводу болезни Банти в третьей стадии—исход часто бывает неблагоприятный); 3) от склонности к тромбозу. Материалы наших клиник говорят за то, что легче всего переносят спленектомию больные с здоровой, удаленной по поводу повреждения селезенкой. Оперированные по поводу патологической селезенки б-ные гибнут от а) тромбоза селезеночной вены и от б) воспаления легких.

Председатель проф. Н. В. Соколов.

Секретарь д-р В. М. Осиповский.

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

Заседание 3 марта 1938.

Д-р К. А. Маянская (доклад)— „К рентгенодиагностике хронических аппендицитов“ (будет напечатан в „Каз. мед. журн.“).

В прениях приняли участие: проф. А. Г. Терегулов, проф. В. А. Гусынин, д-р Г. М. Шалунов, доц. Д. Е. Гольдштейн, проф. С. М. Алексеев, проф. Ю. А. Ратнер, д-р М. С. Перлин, проф. Н. К. Горяев, проф. Г. М. Новиков.

Проф. Н. В. Соколов (резюме).

Докладчик совершенно правильно в одном из своих выводов подчеркивает, что метод рентгеновского исследования червеобразного отростка является подсобным, а не основным в диагностике хронического аппендицита.

Особенное значение этот метод имеет при тех формах аппендицита, развитию которых не предшествовал острый приступ и для тех форм, при которых одновременно имеются другие заболевания брюшной полости, затушевывающие картину аппендицита.

Автор проделал большую работу и достиг хороших результатов. При дальнейшей работе необходимо обратить внимание на патогистологические изменения в отростках и на изменения слепой кишки в целом.

Метод рентгенодиагностики хронического аппендицита должен быть широко внедрен в практику клиник.

Председатель объединенного заседания проф. Н. В. Соколов.

Секретарь д-р В. Осиповский.

## Хирургическое общество ТАССР.

Заседание 15/IV 1938 г.

Демонстрации.

1. Проф. Б. Г. Герцберг. Случай опухоли почки.

Девушка, 16 лет, поступила в пропедевтическую хирургическую клинику КГМИ с опухолью в области подреберья. Исследования не обнаружили отклонений со стороны мочеполового аппарата. Клинический диагноз колебался между опухолью внутрибрюшного органа (селезенка, брыжейка) и почки. 10.3.1938 г. операция (проф. Герцберг). Эфирный наркоз: левосторонний трансректальный разрез. Опухоль почки. Через разрез заднего листа брюшины проведена операбельность. Рана зашита. Почечным разрезом с большими трудностями удалена опухоль почки, величиной с голову новорожденного. Исследование: полиморфноклеточная саркома.

2. Д-р П. В. Рудницкий. Случай инородного тела в полости грыжевого мешка. Инородное тело диаметром 19 мм, до операции в грыжевом мешке не