

веществами, с новокаиновой блокадой, 2) масляно-бальзамическими веществами без новокаиновой блокады и 3) жидкостью Дакэна, которая, по нашим наблюдениям, дает хорошие результаты. Раны освобождались от анаэробной инфекции при первой форме через 10—13 дней, при второй — 20—25 дней и третьей — 40—30 дней.

Председатель проф. *Н. В. Соколов.*  
Секретарь доп. *В. М. Осиповский.*

*Заседание 31/X 1940 г.*

Демонстрация. 1. Д-р К. С. Казаков. *Случай опухоли брюшной полости.* Б-ной С-в, 21 года, поступил с жалобами на опухоль в нижней половине живота. Объективно-при пальпации ниже пупка, больше справа, определяется опухоль, неподвижная и неболезненная. Правая половина опухоли плотной, а левая — мягко-эластической консистенции. Функция кишечника не нарушена. Моченспускание 8—9 раз в сутки. Моча без каких-либо изменений, суточное количество ее колеблется от 1500 до 3000 см<sup>3</sup>. Морфологическая картина крови нормальная. Реакция Кассони отрицательная. Реакция Девиса резко положительная. Цистоскопия: пузырь имеет полость в виде горизонтальной щели, емкость нормальная. Слизистая верхней стенки несколько гиперемирована. Устья мочеточников не видны. Внутривенная пиелография сергозином: контуры опухоли на уровне 4-го поясничного позвонка. Левая лоханка на обычном месте. Справа определяется только тень мочеточника, в тазовой части его. Случай выносится на обсуждение как представляющий диагностический интерес.

2. Д-р Иваненко. *Случай закрытия кишечного свища по методу Рейера.* Кишечный свищ образовался после кесарского сечения и последующей беременности. При операции резецированная петля тонкой кишки эвагинирована через кишечный свищ наружу и удалена. Наложены швы на брюшину со стороны брюшной полости. Гладкое заживление раны. Выздоровление.

3. Д-р Р. А. Вяселев. *Случай туберкулеза слепой кишки.* 4 года тому назад больной перенес операцию аппендэктомии. При поступлении в клинику определялась в правой подвздошной области плотная опухоль. Имелись явления относительной кишечной непроходимости. Сделана резекция слепой кишки. Макроскопически признаков туберкулеза не было, но последний обнаружен при гистологическом исследовании.

Прения. Проф. Н. В. Соколов. Первая демонстрация интересна с диагностической точки зрения. Случайно обнаруженная больным опухоль в животе не вызвала каких-либо расстройств. По наблюдениям в клинике опухоль заметно растет. Быстрый рост опухоли отвергает предположение об эхинококке, тем более, что ни картина крови, ни проба Кассони не дают для этого точек опоры. На основании рентгенологических данных клиника останавливается на диагнозе дистопии правой почки с развитием гидронефроза, тем более, что суточное количество мочи колеблется от 1½ до 3-х литров.

Проф. Ю. А. Ратнер. Для диагностики аномалий почек необходима ретроградная пиелография. Высказывает предположение о тератоме пояснично-крестцового отдела, как наиболее вероятном диагнозе.

Проф. С. М. Алексеев. У первого больного предполагает наличие подковообразной почки с гидронефрозом, более выраженным справа.

Проф. И. В. Домрачев. В первом случае в анамнезе имеются указания на травму, которая могла вызвать образование хилезной кисты. У второй больной считал бы более показанной закрытие кишечного свища путем простого продольного иссечения, что позволило бы лучше устранить имеющийся диастаз прямых мышц.

#### Доклады.

1. Доц. А. А. Полянцева. *Лечение огнестрельных ран легких и плевры в условиях эвакогоспиталя* (печатается в Каз. мед. журнале.)

2. Д-р М. Д. Шагина. *К вопросу о лечении карбункулов* (печатается в Казанском мед. журнале)

Председатель проф. *Н. Гусынин.*  
Секретарь доц. *Вилесов.*

## Научные конференции ГИДУВ

II конференция 27 февраля 1940 г. Д-р Б. Н. Агриколянский. *Опыт лечения лепрозных больных туберкулезной вакциной проф. Б. Л. Мазура.*  
Для лечения была применена внутривенно живая вакцина из неокислотоупорного штамма туберкулезной палочки. Лечение проведено в Иркутском лепрозории 40