

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 см³. 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 сергезином: 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. Гусьнин.*
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

больных по заданию НКЗ СССР. Результаты лечения: 1) Улучшение общего состояния больных; увеличение гемоглобина и эритроцитов (у 72% больных); увеличение лимфоцитоза (70%) при уменьшении напряженности лейкоцитоза (77%); улучшение общего самочувствия больных; прекращение мучительных ревматоидных болей, зябкости, болей в глазах и т. д. почти у 100% больных. 2) Улучшение местных проявлений болезни: рассасывание кожных лепром, инфильтратов и пятен (29%). Рассасывание лепрозных инфильтратов роговой оболочки у конъюнктивы глаза (33%). Улучшение лепрозных поражений верхних дыхательных путей (26%). Улучшение язвенных процессов в коже (40%).

Заключение: а) Вакцина проф. Б. Л. Мазура при внутривенном введении является безвредной; она улучшает общее состояние больных, не вызывая генерализации процесса. Вызывает общую реакцию типа малярийного приступа, не давая местной и очаговой реакции. б) По сравнению с другими методами дает лучший и более быстрый эффект, помогая в тех случаях, где другие средства бессильны.

Председатель конференции проф. *Русецкий*.

12-я конференция 22 марта 1940 г.

1. Доц. П. А. Бадюл. *Алгический вегетативный синдром при неврастенической форме малярии.*

Неврастеническая форма хронической малярии является одной из самых частых и распространенных. Вегетативная нервная система очень чувствительна к влиянию длительного малярийного токсикоза, широко поражается в форме полиганглионеврита, давая клиническую картину медленно формирующегося реактивного вегетативного синдрома.

Алгический симптомокомплекс представляет собой часть реактивного вегетативного синдрома. Алгический синдром — очень тонкий индикатор многообразных изменений, наступающих в вегетативной нервной системе и легко выявляется после освоения сравнительно несложной методики исследования. Болевой синдром доступен для широкой проверки и применения на практике в условиях поликлинической работы.

Для невромалярии характерна богатая клиническая патология — сочетание многочисленных типичных субъективных жалоб и относительно непрерывных алгических кривых с превалированием на левой стороне и регионарным акцентом в области средней части туловища и в верхних отделах тела. По сравнению с обычными решающими признаками в деле распознавания невромалярии алгический синдром является более чувствительным.

У здоровых людей, особенно у лиц с общей повышенной чувствительностью, могут наблюдаться в единичных случаях отдельные болевые точки или прерывистые алгические кривые без заметной асимметрии.

Алгический вегетативный синдром не представляет специфической особенности для невромалярии и может иметь место в картине других хронических заболеваний при наличии длительно существующего первоначального ирритативного очага, отличающемся в этих случаях характером алгической кривой, ее распространением и локализацией регионарного акцента.

2. Д-р В. Я. Царев а. *Лейкоцитарная картина крови при малярии.* Доклад напечатан в Каз. мед. журн. № 3, 1940.

3. Д-р Д. П. Петров. *Эффективность лечения акрихином острых форм малярии.*

Акрихин, синтезированный в СССР в 33—34 гг., является высоко-эффективным средством при лечении малярии. В 166 случаях острой малярии, леченной в стационаре инфекционной больницы № 1 акрихином, купирующий эффект при пятидневном цикле применения отмечен в 98,2% сл., а при семидневном цикле — в 99,3% сл. Акрихино-устойчивые формы малярии исключительно редки — за два года один случай. Исчезновение паразитов из периферической крови происходило при пятидневном цикле в 77,4% случ., при семидневном — в 95,1%. Сокращение селезенки в той или иной степени отмечено в 98,98% сл. В 19% селезенка сократилась полностью.

Председатель конференции проф. *Русецкий*.

Секретарь д-р *Денисова*.

Юбилейная научная сессия Казанск. гос. ин-та усоверш. врачей им. В. И. Ленина

Во время празднования двадцатилетия Казанского ГИДУВ 14-16 VI 1940 г. была организована научная сессия, на которой состоялось 3 пленарных заседания и 15 секционных. Кроме того, в эти же дни проведено было 5 заседаний казанских медицин-