

проф. А. В. Вишнеvский предложил новокаиновый блок с целью прерывания факторов раздражения, исходящих из вегетативной нервной системы.

Материал докладчика 51 случай, из них 45 мужчин и 6 женщин. Вливания новокаина на Рингеровском растворе 1:8 производились в окологпочечную клетчатку, первый шейный узел симпатического нерва и циркулярно в бедра. Количество раствора от 120 до 150 куб. см. В некоторых случаях на 1 или 2 день после вливания наблюдались обострения, которые затем сменялись хорошим самочувствием больных. В некоторых случаях требовалось повторное вливание. Результаты лечения благоприятны. Только в случаях каллезных язв лечение не давало положительного результата и приходилось применять оперативное лечение. Вливание в правую и левую окологпочечную клетчатку действовало одинаково, такой же результат получился и от циркулярного опрыскивания бедра. Длительность наблюдения до 1 года.

Рупасов Н. Ф. (Можгинская больница) „Лечение рожистых процессов новокаиновым блоком нервной системы“.

Материал докладчика—23 случая рожи. Мужчин 8, женщин 15. Рожа головы и лица 15, рожа туловища 3 и рожа конечностей 5.

Вливания новокаина в окологпочечную клетчатку, первый шейный узел симпатической нервной системы и циркулярно в конечности. Автор отмечает быстрое купирование рожистых процессов после вливания новокаина.

Проф. А. В. Вишнеvский. „Роль и значение местной анестезии при воспалительных процессах“. Еще работами Ш п и с с а (1901—1906 г.) установлено, что воспалительные процессы текут более благоприятно при условии уничтожения болевой чувствительности каким-либо анестезирующим веществом (новокаин, кокаин). Проф. Вишнеvский, применяя местную анестезию во всех областях человеческого тела, давно уже сталкивался с необходимостью применения ее и при местных воспалительных процессах, установив полную безопасность подобного вмешательства. Первые опыты оперирования под местной анестезией воспалительных процессов автором производились при фурункулах, и распространенных флегмонах с целью обезболивания. За первыми опытами шли операции по поводу остеомиелитов, перитонитов, аппендицитов, перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Наблюдая поразительно хорошее течение заболеваний у оперированных больных, автор еще 10 лет тому назад высказал предположение, что благоприятное течение болезни обуславливается системой обработки тканей анестезирующим раствором.

Проф. Вишнеvский констатирует быстрое исчезновение отеков под действием новокаина при самопроизвольной гангрене, тромбозе вен нижних конечностей, рожистых процессах и при почечных заболеваниях.

Автор приходит к заключению, что не лежит ли в патогенезе всех отеков трофоневроз? Благоприятное течение перитонитов при воздействии на них новокаином находится в согласии с данными опытов А. В. С пер а н с к о г о, М. П. Бушмакина, П. В. Маненкова, отметивших благоприятное течение воспалительных заболеваний брюшной полости у девагированных животных. Проф. А. В. Вишнеvский находит, что новокаиновый блок нервной системы может быть приравнен к перерезке вегетативной нервной системы и благоприятным образом действуя на трофику тканей, обуславливает этим облегчение течения воспалительного процесса.

Прения: Гулевич „Какова давность наблюдения при язвах желудка?“ „Применялся ли другой вид лечения?“

Проф. Соколов Н. В. „Клинику проф. А. В. Вишнеvского можно поздравить с хорошими результатами лечения новокаиновым блоком при язвах желудка и воспалительных процессах. Можно не согласиться с некоторыми выводами д-ра Рупасова“.

Проф. Трутнев приводит случай вливания новокаина при ангине Людвига и первичной роже гортани. Тяжелые отеки быстро исчезли в том и другом случае.

И. Харитонов.

Заседание 27 ноября 1933 г.

Председатель проф. А. В. Вишнеvский. Секретарь прив.-доц. Г. М. Новиков.

1. Прив.-доц. Сызганов—Опыт применения инъекции лимфатической системы при операциях по поводу рака. Автор применял инъекцию лимфатич. системы в трех случаях рака нижней губы. Метод инъекции—впрыскивание 2% раство-

ра метиленовой синьки. Раствор вводился в ближайшей окружности опухоли. Инъекцировались все субментальные лимф. узлы и часть подчелюстных узлов. Интенсивно синяя окраска даже самых мелких узлов способствует их выявлению, а следовательно—и наиболее полному удалению. Метод применим и в других пораженных раком областях тела и может помочь более радикальному удалению лимф. метастазов. Докладчик демонстрирует препараты.

Вопросы и прения: Рупасов, Новиков, проф. Вишнеvский—метод инъекции требует дальнейшей разработки и, несомненно, будет иметь большую практическую ценность.

2. Д-р Гулеви ч—случай воздушной эмболии при пнеvмопункции. Сообщает о случае внезапной смерти при пункции легкого во время второго момента операции, предпринятой по поводу абсцесса легкого (верхней доли). В первый момент операции (toracotomia lateralis) была обнаружена свободная плевральная полость, в виду чего, по иссечении мягких тканей, на плевральные листки наложены швы по Ру. В ближайшие за операцией дни—септическая флегмона грудной стенки. Через четыре недели—второй момент операции. После анестезии новоккаином операционного поля и небольших надрезов кожи по краям кожного лоскута для его мобилизации с целью лучшего обнажения области старых плевральных листков, приступлено к пункции легкого. Максимальная глубина пункции 3—4,5 сан. После 3—4 пункций у больного начался приступ кашля с небольшой примесью крови в мокроте, холодный пот, одышка, падение пульса и, наконец, остановка дыхания. Через 8 мин.—exitus.

При вскрытии—в правом сердце обнаружена пенистая кровь и воздух. Повреждения крупных сосудов нет. Анализируя свой случай, докладчик считает, что причиной воздушной эмболии могло быть повреждение бронхиальных вен, ненормально расширенных вследствие хронического процесса в легких. Отмечает редкость случая.

Вопросы и прения: проф. Фридланд—Механизм происхождения воздушной эмболии в данном случае считает понятным: несомненно, были повреждены бронхиальные вены, но для того, чтобы воздух попал в сердце, нужны были еще какие-то конституциональные условия.

Рупасов считает, что перед второй операцией больной недостаточно хорошо был обработан в смысле рентгеноvского исследования.

Проф. Вишнеvский—оперативные вмешательства при абсцессах легкого нужно предпринимать лишь в исключительных случаях, когда будут испробованы все консервативные мероприятия. Последние обычно дают хороший результат. Мы тоже имели в своем материале случай воздушной эмболии, но не сердца,—а головного мозга. Он у нас кончился благополучно и б-ой выздоровел без всякой операции.

Д-р Рупасов и д-р Мурат—к вопросу о лечении водянки головного мозга.

После краткой характеристики всех существующих методов оперативного лечения головной водянки—докладчики демонстрируют (диапозитивы) разработанный ими метод операции. Заключается он в том, что авторы соединяют спинно-мозговую канал с брюшной полостью путем трепанации тела 5-го поясничного позвонка. Dura mater при этом вскрывается, а в костный канал вводится лента из париетальной брюшины. В двух оперированных ими случаях они получили хороший эффект на сроке наблюдения в 9 месяцев. Свой способ рекомендуют применять при сообщающихся формах головной водянки. Докладчики добавляют, что, занимаясь литературной обработкой вопроса, они в статье Бакулева нашли указание на то, что еще в 1900 г. Фергусон произвел подобную операцию. Ознакомиться с первоисточником авторы не смогли.

Вопросы и прения: Сызганов—идея операции очень остроумна. Предлагает произвести экспериментальное исследование для выяснения вопроса о том, какие изменения претерпевает трепанационное отверстие в позвонке в дальнейшем течении.

Проф. Фридланд—считает, что отверстие в позвонке должно неминуемо зарости, так как репаративная способность позвонков восстанавливается даже и при более крупных повреждениях. Истечение спинно-мозговой жидкости едва ли помешает этому.

Проф. Вишнеvский—Принимая во внимание, что мы до сих пор не имеем в своих руках вполне надежного оперативного метода для борьбы с головной

водянкой, нужно считать предлагаемую операцию вполне приемлемой. Предложил ее Фергусон и докладчики ее освежили. Трепанационное отверстие безусловно зарастает, следовательно и эта операция является паллиативной, но на первых порах она дает хорошие результаты.

Проф. А. В. Вишнеvский — *Отчет о работе хирургической секции и плане работы на 1933/34 академический год.* Отмечая большую работу, которая проделана секцией и Бюро за истекший год, докладчик фиксирует внимание собрания, главным образом, на недостатках работы с тем, чтобы новый состав Бюро изжил их. Докладчик указывает на то, что не все кафедры выполнили свой план научно-исследовательской работы, плохое участие в работе молодежи, мало занимались изучением сельско-хозяйственного и промышленного травматизма, недостаточно участвовали в общественной работе и пр. Наши доклады на секции часто страдают излишним многословием, в силу чего повестки заседаний приходится сокращать, — все это необходимо изжить.

В прениях выступают: Новиков, Ратнер, Фридланд, Соколов.
5. Выборы Бюро секции. В новый состав Бюро избираются: проф. Вишнеvский, Боголюбов, Фридланд, Соколов, Гусынин. Прив. доц. Ратнер, Сызганов, Новиков. Д-ра: Курбан-Галиев, Казаков, Шулутко, Шакиров.

2) Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 21 сентября. 1933 г.

1) Д-р Н. Е. Сидоров сделал доклад о времени появления гормона передней доли гипофиза в эмбриональной жизни человека. Одной из главных внутрисекреторных функций гипофиза считается регуляция роста организма и, как отдельное проявление этого, влияние на развитие полового аппарата. Последнее обуславливается действием гормона передней доли гипофиза. Ряд клинических фактов заставляет допустить, что указанный гормон проявляет себя еще задолго до рождения человека, в его эмбриональной жизни. С целью точно определить срок его появления докладчик произвел 41 опыт с пересадкой гипофиза человеческих плодов различных возрастов эмбриональной жизни неполовозрелым белым мышам, каковые опыты позволили ему прийти к след. выводам: 1) Можно с несомненностью утверждать о наличии внутрисекреторной деятельности гипофиза, именно передней его доли, в эмбриональной жизни плода, причем степень этой деятельности различна в зависимости от возраста зародыша. 2) Если считать по Aschheim'у и Zondek'у, что необходимым признаком действия гормона передней доли гипофиза являются изменения в яичниках, то предельным возрастом его появления является 4—5-месячный; если же принимать, что изменения в рукаве и матке, при почти отсутствующих или сомнительных гистологических изменениях в яичниках мышей, являются также проявлением гормонального влияния передней доли гипофиза, то начальный срок этого влияния можно усматривать и у плодов 3 месячного возраста.

По докладу д-ра С. высказались профф. В. С. Груздев, П. В. Маненков, И. Ф. Козлов и д-р И. В. Данилов.

2) Д-р М. А. Романов сообщил о случае перелома нижних конечностей *утробного плода*. Случай имел место у 38-летней multipara, которая за 2—3 недели до срочного окончания беременности получила сильный удар ногой в живот. Перелом, как оказалось после рождения ребенка, имел место в обоих бедрах, в средней их трети.

3) Д-р Н. Е. Турова сообщила о случае *ранения беременной матки с повреждением кожи головки плода*, извлеченного путем кесарского сечения живым. Мать также перенесла ранение и операцию благополучно, несмотря на то, что у ней имело место повреждение кишок.

В прениях проф. И. Ф. Козлов отметил, что, при наличии повреждения кишок, нельзя было допускать закрытия раны живота наглухо, как то сделала докладчица.

Заседание 23 октября.

1) Д-р Е. И. Горелова сделала доклад об *остроконечных кондиломах наружных половых органов и рукава у женщин*. В основу доклада легли все случаи данного заболевания, наблюдавшиеся в акушерско-гинекологической клинике Казанского МИ с 1900 г.