

резки спинного мозга. Действующим началом, вызывающим этот эффект, по всей вероятности, являются продукты белкового распада, циркулирующие в крови, вызывающие расширение сосудов и оказывающие влияние на самую стенку сосудов.—В прениях по докладу принимали участие профф. Вольтер и Горяев, доцент Афонский и д-ра Шерман и Федоров.

Тов. председателя секции А. Гусев.

Хирургическая секция.

Заседание 9/XI.

Д-р Д. Н. Федоров демонстрировал больного 53 лет, оперированного проф. П. М. Красиным по поводу *рака правой половинки языка*. Операция была выполнена по последней модификации способа проф. Краси́на, а именно, к обычному разрезу для временной остеопластической резекции отрезка нижней челюсти был прибавлен еще большой линейный разрез от *proc. mastoideus* до яремной вырезки, через который были удалены железы, расположенные вдоль переднего края *m. sterno-cleido-mastoidei*, вместе с *gl. salivaris submaxillaris*. Модификация эта представляет те преимущества, что она является наиболее радикальной и делает легко доступными все лимфатические железы, в которые дает заносы рак языка, тем самым надежно обеспечивая больных от рецидивов. У демонстрируемого больного операция была произведена под местной анестезией.— В прениях проф. Краси́н указал, что он несколько раз демонстрировал больных раком языка, радикально оперированных по его способу; на XX съезде хирургов он доложил о 5 своих наблюдениях, демонстрированный случай шестой. Д-р А. Н. Рыжих считает необязательным перевязку *a. carotis ext.* как это делает проф. Краси́н.

Д-р А. И. Сластиков: *О подкожных разрывах тонких кишек*. Докладчик наблюдал случай подкожного разрыва тонких кишек. Больного придавило телегой. Через 3 часа он был доставлен в больницу. Главные явления: напряженный живот, грудной тип дыхания и малый, частый пульс. Вскрытие брюшной полости обнаружило полный поперечный разрыв тонкой кишки, который, по освещении краев раны, был зашит (круговое соединение кишечных отрезков). Выздоровление.—В прениях д-р П. Ф. Колчин высказал мнение, что существующие в брюшной полости спайки и тяжи могут способствовать разрыву кишки, и привел 2 наблюдавшихся им случая такого разрыва. Д-р А. Н. Рыжих думает, что наиболее приемлемой теорией, объясняющей механизм подкожного разрыва кишки (т. наз. лопанья кишки) является теория Sauegbruch'a (закон замкнутого пространства). Проф. В. Л. Боголюбов отметил, что диагностика подкожных разрывов кишек не всегда легка, и удачные исходы наблюдаются только при раннем оперировании.

Д-р Б. В. Огнев: *О костно-пластическом вычленении плеча по способу проф. П. М. Краси́на*. Этот способ состоит в том, что *m. deltoideus* с выпиленной пластинкой из плечевой кости, после удаления последней, фиксируется в *cavitas glenoidalis*, откуда предварительно удаляется хрящ. Докладчик с успехом оперировал по такому способу 2 больных. В настоящее время он разрабатывает вопрос о сохранении функции *m. pectoralis* и *m. latissimus dorsi*, предлагая сшивать их сухожилия, как антагонисты, и в петлю спитых сухожилий проводить *m. deltoideus* к *cavitas glenoidalis*. Он пытается предпринять подобную же операцию и на тазобедренном суставе.—В прениях проф. П. М. Краси́н отметил, что идея сохранения нервно-мышечного аппарата плеча при вычленении последнего осуществлена им на трупах и с анатомической стороны разработана его сотрудником, д-ром А. Н. Сызгановым. Проф. М. О. Фридланд указал, что необходимо избегать уродующих операций—вычленений в суставах, а надо стремиться к сохранению хотя бы незначительного участка головки. Это также важно для устройства и ношения протезов. Предлагаемый способ проф. Краси́на идет навстречу вышеуказанным соображениям и поэтому заслуживает внимания. Проф. В. Л. Боголюбов указал на клиническое значение данного способа и необходимость его дальнейшей клинической разработки. Секретарь П. Цицмис.

Заседание 19/XI.

Д-р Б. В. Огнев демонстрировал *препарат почки, удаленной по поводу гидронефроза*.—По поводу демонстрации высказались д-р Ю. А. Ратнер, проф. П. М. Краси́н, отметивший, что в данном случае выгоднее, видимо, было начать операцию сразу под общим наркозом, тем более, что под местным обезболиванием

довести эту операцию до конца не удалось, и проф. В. Л. Боголюбов, указавший, что случаи, подобные сообщенному докладчиком, являются, несомненно, трудными для диагностики, особенно в условиях бедной участковой практики; текущим летом В. Л. был свидетелем крупной диагностической ошибки в одной из берлинских клиник, где гидронефроз был принят за опухоль селезенки.

Д-р Ю. А. Ратнер: *Случай urethrocele* (с демонстрацией больного). Случай относится к молодому человеку, основные жалобы которого сводились к дизурическим расстройствам — учащенным позывам на мочеиспускание и ночному (непостоянному) недержанию мочи. Диагноз в пользу urethrocele решили цистоскопия (наличие конической формы опухоли, выдающейся в просвет пузыря, на вершине коей располагалось чрезвычайно суженное устье правого мочеточника) и уретеропиелография (расширение мочеточников, лоханок и чашечек с обеих сторон и кистовидное выпячивание близ устья правого мочеточника). Данные объективного исследования плюс состояние левого мочеточника и его устья (знание и неподвижность его) позволяли докладчику рассматривать urethrocele в его случае как явление вторичного порядка, развившееся на почве врожденной атонии верхних мочевыводящих путей вообще и правого мочеточника в частности. Терапия в этом случае состояла в методическом расширении устья правого мочеточника, опорожнении кисты и последующем промывании верхнего отдела мочевыводящих путей. — Прения: д-р А. А. Сызганов и проф. В. Л. Боголюбов.

Д-р Л. Г. Фишман: *Заграничные впечатления от посещения хирургических клиник*. Докладчик имел возможность настоящим летом посетить лучшие хирургические клиники Германии, Австрии и Италии. Впечатления от посещения этих клиник и составили тему обширного доклада с обращением особого внимания на обезболивание и легочную хирургию. — В дополнение к докладу поделились своими личными впечатлениями профф. П. М. Красин, М. С. Фридланд и В. Л. Боголюбов. Секретарь С. Смирнов.

Заседание 30/XI.

Проф. М. О. Фридланд демонстрировал больного, оперированного по поводу *spina bifida occulta с трофическими расстройствами коленных суставов*. Больной — 14-летний мальчик, у которого без всяких видимых причин с весны тек. года развился безболезненный болтающийся коленный сустав справа с установкой в положении genu valgum под углом 28°. Рентгенологически костяк нормальный. Болезнь развилась в связи с трофическим разрушением связочного аппарата, в том числе передней крестообразной связки (симптом „выдвижного ящика“). Обе нижние конечности синюшны, холодны. Была заподозрена *spina bifida occulta*, которая подтвердилась при рентгенографии: последняя обнаружила дефект дужкового отдела V поясничного позвонка и, кроме того, несращение III, IV и V крестцовых позвонков. 27/X операция — костно-пластическое закрытие дефекта свободным трансплантатом, выкроенным из *crista iliaca* и укрепленным в виде навеса над дефектом в позвоночнике. Теперь больной ходит, не чувствуя прежнего холода в ногах, синюшность отсутствует. Кроме того, он уверяет, что у него коленный сустав „крепче“ прежнего.

Д-р П. А. Никифоров: *Результаты консервативного лечения оскольчатого перелома коленной чашки* у 71-летней больной (с демонстрацией больной и рентгенограмм). В Ортопедической клинике Института для увес. врачей в Казани наблюдалось 9 сл. перелома коленной чашки. Все эти случаи, кроме одного, были с успехом лечены консервативно. — накладывалась липкопластырная повязка крестообразно с дополнительным круговым наложением ее на валиках; больная конечность оставалась без шины, на вытяжении, и с первой же недели подвергалась массажу. Данный случай относится к категории звездобразных переломов чашки, перелом произошел здесь после падения при слезании с трамвая.

Д-р Н. В. Швалев: *Случай гигантского роста пальцев*. Случай относится к молотобойцу, родившемуся с увеличенными 2-м и 3-м пальцами правой руки; 3-й палец был удален вследствие препятствия при работе, 2-й палец той же руки в настоящее время резко увеличен, достигая гигантских размеров. Докладчик объясняет такое увеличение за счет изменений со стороны гипофиза. — Прения: д-ра П. И. Садовский, Б. В. Огнев, пр.-доц. В. А. Гусынин и проф. М. О. Фридланд.

Д-р М. С. Знаменский: *Остеомиелит позвоночника*. Докладчик описал случай первичного острого остеомиелита позвоночника, наблюдавшегося в Казанском военном госпитале. Красноармеец-артиллерист поступил в госпиталь по поводу сильных болей в спине и высокой температуры. Обнаружены пастозная при-