

судистой стенки (Petersen), высокое кровяное давление и патологическая анатомия (Herxheimer), успехи физиологии и патологии сердца (Weizsäcker), новые исследования о наперстянке (Straus), миокард (Strickland-Goodall), функциональное исследование органов кровообращения (Einthoven), о лечении применением постели (Graenkel), лекарственное лечение хронической недостаточности сердца (Brugsch), расстройство кровообращения и циркулирующее количество крови (Erpinger), сифилис аорты и сердца (Leschke), терапия эндокардита (Freu), гипертония у юношей (Schellong), диагностическое значение графического изображения сердечных тонов (Groedel), клиническая и электрокардиографическая картина тромбоза венечных артерий (Frank), оперативная гинекология и сердечно-сосудистый аппарат (Jaschke), действие спортивной мышечной работы на органы кровообращения (Rautmann), и наконец физико-химические факторы, обуславливающие величину пузырьков углекислоты в ваннах (Dede). Большинство этих статей излагает новейшие достижения в области изучения кровообращения. Внешность издания не оставляет желать ничего лучшего. Следует лишь отметить, что в статье Leschke все внимание уделено сифилису аорты, а о сифилитическом миокардите не сказано почти ничего. Наиболее центральной и богато иллюстрированной работой является статья Groedel'я.

Проф. М. Я. Брейтман.

R. Leriche, A. Policard. *Physiologie pathologique chirurgicale*. Inflammations, effet des traumatismes, reparation des plaies, greffes, maladie des os, des articulations, des vaisseaux et des nerfs. Стр. 212. Masson et C^{ie} Paris. II. 26 фр.

Имя обоих авторов хорошо знакомо русскому медицинскому читателю. Авторы задались целью выяснить основные биологические процессы жизни тканей и механизм их биологических изменений. С этой точки зрения рассматриваются следующие вопросы: прежде всего, физиология соединительной ткани, мышц, сухожилий, костей (здесь уделено большое внимание обмену извести), суставов, артерий, вен и нервных стволов. Небольшой отдел посвящен пересадкам. Книга может служить введением для студента, начинающего изучать хирургию. М. Б.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Хирургическая секция.

Заседание 21 ноября 1930 г.

Открывая собрание, председатель секции проф. В. Л. Боголюбов сообщил о предстоящем 25 ноября с. г. 50-летнем юбилее научно-педагогической деятельности проф. Василия Ивановича Разумовского, охарактеризовал высоко полезную работу проф. Разумовского для русской хирургии и предложил поздравление маститому юбиляру. Предложение было принято.

1. Др. Панкратьев. *Luxatio genu bilateralis congenita per rotationem*.

Докладчик наблюдал и оперировал в Рязанской городской больнице девочку 2-лет, у которой был врожденный ротационный вывих обоих коленных суставов. Статистические данные указывают на то, что подобного рода заболевание встречается очень редко. Мать больной девочки указывает, что во время беременности (4½ месячной) этим ребенком она упала. Ребенок развил удовлетворительно и ходит самостоятельно, несмотря на то, что стопы его повернуты почти на 180° по сравнению с нормой, а именно: пятки у него расположены кпереди, а пальцы кзади. Это обуславливается тем, что в коленных суставах произошла ротация костей голени в утробной жизни, и кости голени расположены так, что fibulae как на правой, так и на левой ноге, находятся медиально, а tibiae—латерально; кроме того, имеется еще искривление обеих tibiae. Для исправления этой формы вывиха и имеющегося искривления большеберцовых костей была на tibiae произведена как справа, так и слева сегментарная остеотомия по Springer-Putti с хорошим функциональным и косметическим результатом. Демонстрируются рентгеновские снимки и фотографии больной до и после операции.—Прения проф. М. О. Фридлянда указал на чрезвычайную редкость случая и вместе с тем отметил, что в виду того, что в представленном случае ротация произошла главным образом

за счет голеней, коленные же суставы очень мало деформированы и функция их нормальна, то в качестве оперативного метода можно было бы удовлетвориться простой остеотомией голени. Сегментарная остеотомия в данном случае возможно была излишней. Д-р Панкратьев отвечает, что если бы была произведена только простая остеотомия, то это не дало бы успеха, так как здесь был не только вывих, но и искривление tibiae как на правой, так и на левой ноге. Это обстоятельство и побудило прибегнуть к сегментарной остеотомии по Springer-Putti, давшей хороший результат. Проф. Боголюбов отмечает очень хороший результат операции, особенно принимая во внимание условия работы уздой больницы.

2. Д-р Б. В. Огнев, *Два случая пересадки мочеточников в S-образную кишку*. 1-й случай касается больной Н. Г., 30 лет, татарки, поступившей в Хирургическое отделение Набержно-челюстной б-цы с диагнозом fistula vesico-vaginalis; atresia vaginae post partum. У больной было трое нормальных родов, четвертые роды 5 месяцев тому назад, плод был извлечен мертвым, после чего из влагалища шел гной и моча. 8/VII 30 г. пересадка правого мочеточника в пределах Бенда S-romanum по принципу Witzel'я. 5/VIII 30 г. пересадка второго мочеточника. 27/VIII 30 г. больная выписалась в хорошем состоянии. 2-й случай касается больной А. М., 32 лет; имела двое нормальных родов, третьи роды один год тому назад, когда ребенок был извлечен мертвым, в результате образовалась fistula vesico-vaginalis. Ушивание свища результатов не дало. 25/VIII 30 г. была сделана пересадка мочеточников в S-romanum по тому же способу. Смерть на 21 день от двухстороннего пиелита. Препарат демонстрируется. *Прения:* проф. П. В. Соколов, отмечая хороший результат операции, указывает на то, что процент успехов от операций пересадки мочеточников в значительной мере зависит от производства профилактических вакцинаций bact. coli как в дооперационный, так и в послеоперационный период.

3. Д-р В. А. Гусынин. *Демонстрация больного с cancer'ом recti, оперированного наложением искусственного anus'a по Lambret*. *Прения:* Проф. Боголюбов указал, что операция по Lambret очень хороша по своей идее и имеет целый ряд достоинств, но для выполнения она не особенно легка, т. к. ее обычно приходится производить больным с пониженным питанием, и результаты не всегда бывают столь блестящи, как у демонстрируемого больного.

4. Д-р Панкратьев. *Пластика черепа мертвой человеческой костью*. Докладчик разбирает и дает критическую оценку различных способов закрытия дефектов черепа, как аутопластических, так и гомо-и гетеро-пластических, со свежей и мертвой костью. Приводит четыре своих наблюдения, где была произведена пересадка чужой мертвой человеческой кости для закрытия дефектов черепа после предварительной обработки мертвой кости кипячением в 2% растворе двууглекислой соды и затем в физиологическом растворе хлористого натрия. В первом случае произведена была операция по поводу свежего ранения черепа, во втором случае—по поводу старого дефекта черепа и травматической эпилепсии, в третьем случае—по поводу опухоли черепа, в четвертом случае—по поводу мозговой грыжи. Одно наблюдение прослежено на протяжении около 1 $\frac{1}{2}$ лет, другое—около 1 $\frac{1}{2}$ года, четвертый случай оперирован недавно; в третьем случае—наблюдался смертельный исход в связи с общим наркозом. Ведется дальнейшее наблюдение над судьбой пересаженной кости. *Прения:* проф. А. В. Вишневский сообщил о нескольких собственных случаях замещения дефектов черепа аутотрансплантатом с хорошим результатом, прослеженных несколько лет. Стремление заполнить дефект аутотрансплантатом, однако, не всегда устраивает хирурга, и если для этой цели можно было бы использовать мертвую кость, то это иногда было бы хорошим выходом из положения. Наблюдения, сообщенные автором, не длительны и не дают права делать выводы, но во всяком случае правильна попытка освежить этот вопрос. Др. Огнев указал на то, что при пересадке кости следует учитывать близость лучей роста и возраст больного. Если вблизи места пересадки есть лучи роста, то оживление идет успешнее. При закрытых мозговых грыжах следует оставлять мозговой мешок, не резецируя его, т. к. твердая мозговая оболочка является эндостом. Др. Гусынин считает, что несмотря на то, что результаты, достигнутые автором, очень хороши, все же преждевременно еще делать выводы о преимуществах мертвой кости, как материала для закрытия дефектов черепа. Вряд ли можно ожидать, что результаты закрытия мертвой костью будут прочны. В лучшем случае она инкапсулируется и будет иметь значение

протеза, в худшем—она рассосется. Пока что клинические наблюдения показывают нам, что мы должны с большим доверием относиться к аутотрансплантату, дающему полную регенерацию живой кости. Др. Ратнер находит, что при малых дефектах черепа не следует предпринимать такую сложную операцию. При больших дефектах черепа можно признать показанным внесение инородного тела в виде мертвой кости, но наблюдения докладчика еще очень кратковременны, и трудно говорить о преимуществах этого метода. Проф. Фридланд указал на важное значение живых костных клеток трансплантата. При вживлении трансплантата часть живых костных клеток сохраняется, меняет свое положение и становится центром для новых отложений извести. При замещении больших поверхностей важно и большое количество живых костных клеток, в виду этого при мертвом трансплантате положительный результат ожидать трудно. Проф. Боголюбов в заключительном слове отметил, что интерес доклада состоит в тех прениях, которые он вызвал, и что накопление подобных опытов в дальнейшем может дать ценный материал. Длительность наблюдений у докладчика не велика и трудно судить о конечных результатах. Не отрицая, что иногда, при больших дефектах черепа, пересадка мертвой кости может найти применение, проф. Боголюбов все же считает, что современным и лучшим методом замещения дефекта черепа является метод пересадки живой кости.

Рино-ларинго-отитическая секция.

33-е заседание 11 ноября 1930 г.

1. Д-р Д. Н. Матвеев. *Случай паралича левой голосовой связки после эзофагоскопии* (демонстрация). Больной Н., рабочий яичного склада, явился на прием по поводу инородного тела пищевода (рыбья кость). После нескольких неудачных попыток произвести эзофагоскопию была замечена резкая охриплость голоса. При ларингоскопии обнаружена неподвижность левой голосовой связки при слабой подвижности области черпаловидных хрящей. Такая картина держалась 10 дней, после чего голос стал понемногу возвращаться. Причиной паралича голосовой связки, повидимому, нужно считать травму при эзофагоскопии.—*Прения:* д-ра Лебедевский, Чудносоветов, Голанд и проф. Трутнев.

2. Д-р О. М. Мукасеева. *Случай neuritis retrobulbaris sin.* (демонстрация). У б-го одновременно имелось хроническое восп. Гайморовой пазухи справа. До операции: vis. ос. dex.—1,0, vis. ос. sin.—0,04. После операции: vis. ос. dex.—0,9, vis. ос. sin.—0,1. *Прения:* д-ра Лебедевский, Герасимов и проф. Трутнев.

3. Д-р Р. И. Мошин. *Случай анкилоза черпало-перстневидного сустава* (демонстрация).

4) Проф. В. К. Трутнев. *К вопросу об эзофагоскопии.* В начале доклада автор осветил современное состояние эзофагоскопии, коснувшись методов обезболивания, положения б-го во время операции, способов экстракции етс. В дальнейшем был разобран материал клиник Казанских мед. ВУЗ'ов. На 30000 амбулаторных б-ных было сделано около 300 эзофагоскопий. В музее сохранилось 40 экстрагированных из пищевода инородных тел. За все время произведено около 150 эзофагоскопий по поводу предполагаемых инородных тел.—*Прения:* Д-р Лебедевский отметил чрезвычайное разнообразие жалоб больных с инородными телами пищевода, и большую толерантность пищевода. Он считает сидячее положение при эзофагоскопии наилучшим, но в некоторых случаях приходится менять его на лежащее. Д-р Д. Н. Матвеев указал, что опыты Павлова с крупными инородными телами на собаках доказали чрезвычайную приспособляемость пищевода и кишечника. Но и мелкие инородные тела иной раз бывают чрезвычайно опасны, и в подтверждение приводит случай, когда долго нельзя было найти рыбью кость даже при многократной эзофагоскопии. Кроме того выступали д-ра Чудносоветов и Вольфсон. В заключение проф. В. К. Трутнев отметил, что будущее эзофагоскопии—диагностика и лечение заболеваний пищевода вообще, а не только экстракция инородных тел.

Административная часть. Проф. В. К. Трутнев информировал собрание о предстоящем юбилее маститого русского хирурга В. И. Разумовского. Решено отправить приветствие, поручив составить его Президиуму секции.