

форм сифилиса среди татар, вследствие культурной отсталости их, является угрожающим фактором и требует неотложных предупредительных мер.

3) Национальные меньшинства больше поражены сифилисом по сравнению с другими, гонорреей—одинаково с остальными народностями.

4) Необходимо ускорить введение единой карточной системы регистрации венерических больных, сосредоточив разработку карточки в венерологических диспансерах.

5) Желательно ввести обязательное извещение венерологических диспансеров о случаях сифилиса I-ой и свежей формы сифилиса II, как при острозаразных заболеваниях.

6) Городские диспансеры обеспечивают население города противовенерической помощью.

7) Кантональные диспансеры, из-за их большого радиуса, не могут охватить большого больше того, что они уже достигли.

8) Борьба с венболезнями на селе должна проводиться диспансерным методом через участки, укрепленные вторыми врачами.

9) Учитывая малокультурность населения ГР, особенно татарской и нацменских групп, необходимо увеличить санитарно-просветительную литературу на их родном языке, приблизив и лечебную помощь.

10) Результаты проделанной работы на противовенерическом фронте не позволяют ослабить эту борьбу и требуют углубления ее для достижения еще больших успехов в уменьшении заболеваемости и в половом воспитании широких масс трудящихся.

Прения: Ротштейн, Баудер, Дрынаев, Батунин и Яснитский.

3) Годовой отчет секретаря секции д-ра М. П. Батунина.

4) Выборы бюро секции.—Председатель—профессор М. С. Пильнов. зам.—приват-доцент Н. Н. Яснитский. Секретари: Батунин, Миркин, Кугушев.

Секретарь М. Батунин.

35-е заседание 1/II—1929 г.

Д-р Н. П. Колоколов—демонстрировал двух больных (брат и сестра) с Lues hereditaria tarda. Здесь обращает на себя внимание страдание костной системы с поражением почти всех суставов (мальчик). R. W. резко положительна.—Прения: Кугушев, Яснитский, Ашанин и Батунин.

Д-р А. Дмитриев. *Спермокультура при гоноррее*. Автор поставил себе целью испытать различные методы посевов спермы у латентных гонорроиков. Проверен метод Guérin'a на 30 больных с различной клинической картиной хронической гонорреи и без всяких симптомов больных, желавших узнать не являются ли они бациллоносителями. Автор получил в 4 случаях из 30 положительный результат, однако, не удовлетворившись этим, он решил на следующей серии больных также в 30 человек испытать метод Giscard'a, этим методом он получил уже у 6 больных положительный результат. Докладчик отметил, однако, и в этом методе некоторые недостатки, и в своей дальнейшей работе поставил целью устранение недостатков этих методов.—Прения: Ашанин, Кугушев, Батунин, Яснитский, Миркин, Виккенин и Дрынаев.

36-ое заседание 1/III—29 г.

М. Н. Ашанин демонстрировал больную девочку, 2 лет, с пигментной крапивницей. Сыпь расположена на туловище, конечностях и висках, где имеются коричнево-желтые пятна разных размеров, на которых по временам появляются волдыри белого цвета, величиной с чечевицу, исчезающие в несколько часов. Сильный зуд сопровождает их появление. При чесании на пятнах появляются такие же эфлоресценции, а иногда полосы белого цвета, которые через несколько минут становятся красными. За последние 18 лет это второй случай в Клинике. В виду редкости заболевания оно часто не диагностируется. Данная больная была в трех учреждениях г. Казани, везде ставили диагноз врожденного сифилиса, однажды—измененного на шелушащуюся экзему. Больная приняла два курса противосифилитического лечения,—мать один курс. Под влиянием лечения в клинике (ежедневные ванны, спиртовой раствор ментола, кальций внутрь) зуд значительно уменьшился, пигментации несколько увяли.—Прения: Батунин, Баудер, Дрынаев и Миркин.

Н. Ф. Рупасов. *Лечение чешуйчатого лишая хирургическим путем* (с демонстрацией больного). Автор лечил таким образом 6 человек в возрасте от 16 до 28 лет. Все случаи были острые и имели сильно-распространенный харак-

тер. Лечились до этого только местно. Сущность лечения сводилась к двум разрезам, на наружной поверхности бедер, длиной от 10—15 сантиметров, глубиной до фасции. Обратное развитие болезни начиналось через 2—3 недели и к концу второго или вначале 3-го месяца процесс исчезал и лишь у некоторых оставался еще на локтях. Дальнейшие наблюдения показали следующее: один рецидив через 10 месяцев, 2 без рецидива в течение 2-х лет, один — не полное, но стойкое исчезновение и два не явились для проверки. Выводов автор не делает никаких, а указывает на какую-то связь с нервной системой. Осложнений после операции не было, разрезы заживали первичным натяжением.

37-ое заседание 7/III—1929 г.

Д-р А. Д. Целищева. Демонстрация случая с *Periostitis gonorrhoeica*. Больная—швея, 43 лет. В анамнезе—20 лет назад гоноррея с полиартритом, после которого остался анкилоз левого коленного сустава. Полтора месяца назад новое заражение гонорреей, левосторонний бартолитит. Через несколько дней после начала бартолитита периостит на правой tibia, располагающийся в верхней трети кости вблизи коленного сустава. На рентгенограмме—периостит, сама кость не поражена. Быстрый лечебный эффект от вакцинотерапии массивными дозами.

Д-р Я. Д. Печников. Демонстрация случаев с гонорройными заболеваниями. А. *Распространенные метастазы*. Больной 36 лет, ломовой извозчик. На второй неделе после получения гонорреи больной инфицировал оба глаза. На третий неделе развился полиартрит с локализацией в обоих коленных суставах, в суставах стопы, позвоночника, обоюдосторонний ischias. Во время пребывания в Клинике Института, после периода значительного улучшения всего симптомо-комплекса, появилось обострение простатита с одновременным ухудшением клинических явлений в суставах, седалищных нервах, в также обострение имевшегося кератита и прита обоих глаз. Этот рецидив демонстративен для связи исходного фокального очага инфекции (простатит) не только с заболевшими суставами и нервами, но и с однажды уже пораженными глазами.

Б. *Гоноррея и малярия*. Больной, красноармеец 23 лет. Гоноррея в первый раз. После полутрамесячного лечения в диспансере помещен в клинику с непрекращающимся гнойным истечением из уретры, обильно содержащим гонококки, подострым простатитом, ограниченным кавернитом. В клинике перенес сильно выраженный приступ малярии. В течение двух недель температура колебалась между 39° и 40,6°. Несмотря на высокое и длительное поднятие температуры, гнойное отделяемое из уретры с содержанием в нем гонококков не прекращалось в продолжении еще двух месяцев. В дальнейшем—хроническое течение гонорреи. Докладчик, уже неоднократно подчеркивавший угнетающее влияние малярии на течение гонорреи, видит в настоящем случае вновь подтверждение этого факта, особенно демонстративное в силу того, что приступ малярии сопровождался весьма высокой лихорадкой.

В. *Гоноррея и туберкулез*. Больной, крестьянин, 24 лет. Гоноррея в первый раз: простатит, сперматоцистит, полиартрит, the pulmonum, хроническое течение процесса в мочеполовых органах и суставах. Рефрактность по отношению к методам лечения как общего, так и местного характера. После тщетных попыток лечения в течение 6 месяцев, больной в июне выписан из клиники. Рекомендовано дома в деревне усиленное питание, лечение солнечных ваннами. Через два месяца систематического применения солнечных ванн больной не только оставил костыли, с которыми выписался из Клиники, но поступил грузчиком на Волгу. Таким образом здесь доминирующий патологический момент—туберкулез; в соответствующих случаях надо думать о солнечечении, питании и т. д.—Прения: Я с н и т с к и й, Б а т у н и н, Д м и т р и е в, Р о м а н о в, В а й н ш т е й н и Б и к к е н и н.

38-ое заседание 14/III—1929 г.

Д-р Н. П. Колоколов. *К модификации реакции Abelin'a на сальварсан*. (Из Лаборатории биологической химии Каз. гос. у-та). Видоизменение реакции основано на свойстве окси-азо-соединений переходить из подкисленных растворов в амилловый спирт, а из последнего в щелочную воду. Извлечением из предварительно подкисленной пробы красящего вещества, полученного общепринятым способом (по Abelin'у), автор преследует цель освободиться от мочевых пигментов, мешающих обычно колориметрии. Это последующее извлечение красящего вещества дает более определенные и точные результаты при определении сальварсана, в особенности при количественном его определении, т. к. большая или меньшая проблематичность при наличии малых количеств сальварсана в иссле-

дуемых пробах значительное устраняется.—Прения: Дмитриев, Голосов-кер и Миркин.

*Рино-ларинго-отоларингическая секция.*

20-ое заседание 9/XI—1928 г.

Д-р Д. Н. Матвеев и инженер Н. И. Пауткин.—«*Математическое определение подхода к антруму соседнего отростка*». Внешняя поверхность височной кости с прикладываемой к ней плоскостью соприкасается всегда в трех точках. Одна из точек лежит на скуловом отростке, другая на височной линии и третья на наиболее выступающем участке соседнего отростка. Эти точки определяют собою треугольник, названный височным. Результаты измерений более 50 препаратов костей дают право высказать следующее положение: антрум соседнего отростка находится в направлении перпендикуляра, восстановленного к плоскости височного треугольника в точке пересечения его биссектрис. На имеющихся препаратах (в том числе и с необычным расположением антрума), указанный перпендикуляр входит в височную кость в области *spina suprameatum Henle* и подходит к антруму. Кроме того, руководствуясь найденным положением, проделана операция на 40 случаях. Во всех случаях (в том числе и с необычным расположением антрума) неизбежно попадали в антрум без всяких осложнений в смысле повреждения соседних частей. На основании произведенных исследований можно сделать следующее заключение: 1. Предлагаемый нами подход к антруму с помощью височного треугольника является целесообразным вследствие его точности, безопасности в отношении осложнений и наименьшей длины его пути. 2. Найденная зависимость местоположения антрума от наружных отделов височной кости дает возможность ориентироваться при антротомии по математическим данным. 3. Математическое определение подхода к антруму ставит на очередь вопрос о практическом использовании этого определения при антротомии.—В прениях приняли участие д-ра Б. С. Голанд, Б. Н. Лебедевский, Н. К. Трутнев, С. П. Яхонтов и проф. В. К. Трутнев.

Демонстрация новой конструкции аденоотома. Д-р Шабалин Ф. Я из Вятки *демонстрировал аденотом новой конструкции*. Последний состоит из двух инструментов—шпателя и собственно аденоотома. Шпатель вводится в носоглотку и, оттягивая, поднимая мягкое небо, защищает особыми пластинками и боковые части носоглотки. При введении шпателя создается ограниченное операционное поле, со свободным сводом носоглотки и задней стенкой ее, для действия второго инструмента аденоотома, имеющего вид кюретки с острым наружным краем. Удаление аденоида производится сзади наперед; при этом движения инструмента сзади ограничиваются задней стенкой глотки, спереди—металлической пластинкой шпателя, поднимающей мягкое небо, с боков—боковыми щитками. Шпатель одновременно и отжимает язык больного вниз. У аденоотома-кюретки привешен в окне металл. мешок, в который и попадает отрезанный аденоид. Докладчик считает, что у предлагаемой конструкции аденоотома отсутствуют почти все недостатки, свойственные аденотому Вексманна, и имеется целый ряд преимуществ.—В прениях участвовали д-ра Н. К. Трутнев, Широ, В. А. Чудносов, Л. В. Алексеева, Шустер, Б. Н. Лебедевский, З. И. Вольфон и проф. В. К. Трутнев, который подчеркнул ряд положительных данных нового инструмента, оттенил и его отрицательные стороны: его сложность, затруднение в координации движений обеих рук, возможность большой травмы мягкого неба с последующим порезом его, трудность применения у детей, возможность образования при движении инструментом снизу вверх ножки отрезанного аденоида вверх, в своде носоглотки, что сильно затруднит осмотр ее и удаление кусочка; последствием этого может быть более частая инфекция операционной раны.

21-е заседание.

Д-р Шахова демонстрировала больного К., страдавшего значительно затрудненным дыханием, перемежающимися приступами удушья. При производстве трахеобронхоскопии обнаружено диафрагмальное сужение трахеи, на расстоянии 3—4 ст. над бифуркацией, свежесрубцового характера, со свисающими грануляциями над стенозом. Бронхоскопической трубкой № 2 был произведен разрыв рубцов, т. к. во время операции наступила асфиксия. Грануляции были удалены щипцами. Дальнейшее лечение состояло в дилатационном воздействии на стеноз, посредством резиновой насадки, надетой на трахеотомическую трубку. В настоящее время диафрагмальное сужение отсутствует; дыхание больного свободно. Во из-