

блем строительства, поставил в порядок дня вопрос об устройстве канализации в ряде городов, облегчил стоящую ныне перед городами Союза задачу их планировки. Надо надеяться, что Союз техники, гигиены и хозяйства на местах станут рычагами проведения постановлений Съезда и благоустройства городов в интересах охраны здоровья населения.

## Заседания медицинских обществ.

### Общество врачей при Казанском университете.

#### Хирургическая секция.

Заседание 13/III 1929 г.

1. Д-р Н. А. Герасимова. *Демонстрация больного*—мальчика 4 лет—после артрореза левого плеча по способу проф. М. О. Фридрианда с вполне удовлетворительными ближайшими результатами, а именно: появился целый ряд объемистых движений конечности за счет мускулатуры, приводящей в движение одноименную лопатку. Рентгенограммы демонстрируемого и некоторых других случаев, оперированных по этому же способу, отчетливо указывают на наличие костного сращения на месте, где плечевая кость вставлена в вырез в лопатке.—Прения: д-ра А. Н. Рыжих и П. Ф. Колчин и проф. В. Л. Боголюбов, указавший, что идеальной операцией в случаях, подобных сообщенному, вероятнее всего надо считать мышечную пластику, как сохраняющую движения в самом суставе, но на практике артрорез, видимо, больше оправдывает себя; способ остроумен, анатомически обособен, но в техническом отношении все же далеко не прост.

2. Д-р В. И. Низнер. *Случай околопочечной ретроперитонеальной кисты*. Однокамерная киста с тонкой фиброзной стенкой, величиной с апельсин, содержавшая совершенно прозрачную жидкость, была вылушена через поясничный разрез (проф. В. Л. Боголюбов)—у молодой женщины из околопочечной клетчатки (кроме того была сделана нефрорехия d. в виду смещения почки). Помимо диагностических затруднений при клиническом обследовании случая, подобные сообщенному, представляют несомненные затруднения и для патолого-анатомического диагноза; анализ макро- и микроскопических данных склоняет докладчика к мысли рассматривать свой случай за кисту эмбрионального типа. Прения: проф. Н. В. Соколов, д-р С. А. Смирнов и проф. В. Л. Боголюбов подчеркнули трудность клинического и патолого-анатомического диагноза подобных случаев.

3. Д-р Ю. А. Ратнер. *Случай раковой опухоли дивертикула мочевого пузыря*. На основании целого ряда клинических данных—дизурические расстройства, существующие у больного с детства, своеобразная поза при акте мочеиспускания (опускание на „корточку“), данные исследования больного per rectum (наличие эластической опухоли, феномен задержки в пузыре жидкости при введенном катетере—заставили докладчика заподозрить, а затем и убедиться при операции высокого сечения пузыря в правильности диагноза—дивертикула мочевого пузыря—(величиной своей дивертикул в 4—5 раз превосходил самый пузырь), хотя методами цистоскопии и рентгенографии из-за резко выраженного гнилостного цистита и не удалось воспользоваться; рак дивертикула был распознан на аутопсии. Дело шло о мужчине 27 лет. Прения: проф. П. М. Красин, д-р А. Н. Сызганов. Д-ра А. Н. Рыжих и Б. В. Огнев склонны рассматривать дивертикул, как расширенный vertex самого пузыря, отделенный от его остальной части вследствие своеобразного расположения опухоли. Проф. В. Л. Боголюбов отметил, что случай поучителен с точки зрения клинического диагноза дивертикула, что является далеко нелегкой задачей, особенно при условии скудного оборудования наших клиник, не говоря уже об участковых больницах, урологическим инструментарием; симптому задержки жидкости при введенном катетере следует приписать несомненную диагностическую ценность; предположение о двуполостном пузыре (на почве развития раковой опухоли) не является с клиникой случая; желательно все же иметь микроскопические препараты и со стенки дивертикула, и разделяющего кольца.

4. Д-р Г. А. Макаева.—*Демонстрация препарата дивертикула мочевого пузыря*—случайная находка при препаровке трупа, препарат представляет особенную ценность с точки зрения целого ряда аномалий как со стороны органов (почек), так и в особенности со стороны хода и количества сосудов брюшной полости. Прения: д-р Б. В. Огнев и проф. В. Л. Боголюбов.

Заседание 30/III 1929 г.

1. Д-р С. А. Смирнов. *Случай артерио-венозной аневризмы*, относящийся к молодому человеку, 21 года, получившему в январе с.г. случайное сквозное ранение левого бедра из револьвера приблизительно у вершины скарповского треугольника. Диагностика случая складывается из ряда отчетливо выраженных симптомов, свойственных „зрелым“ аневризмам именно артерио-венозного типа: это резкие, непрерывные, рокошущие сосудистые шумы, осязаемые и аускультируемые по всему ходу бедренных сосудов, хотя видимой, пульсирующей опухоли и нет. Значительно выраженная синюшность конечности к периферии от бывшего места ранения. Ускорение сердечной деятельности вообще и резкое замедление числа сердечных сокращений при сильном прижатии сосудов над аневризмой. Систолические шумы проводного характера над бicuspidальным клапаном и у верхушки сердца; боли ишемического характера во всей конечности, но главным образом в колене. Показания к будущей операции (большой демонстрируется до операции) достаточно определяются клинической картиной болезни; оперативное пособие явится методом выбора во время самой операции. Прения: проф. Н. В. Соколов указал, что на практике, видимо, более всего оправдывает себя эндо-аневризматический облитерирующий шов по M a t a s' y; проф. П. М. К р а с и н—при выборе того или иного метода оперативного пособия важна строго индивидуальная оценка каждого случая; „идеальной“ операции—сосудистому шву—все же, повидимому, надо отдать предпочтение; предварительной подготовке окружающих сосудов к будущей встрече при операции необходимости перевязки главных стволов путем ежедневных прижатий на достаточно длительный промежуток времени приводящего сосуда—оппонент склонен придавать особо важное значение; д-р В. И. Н и з н е р интересуется вопросом о методах определения степени достаточности окольного кровообращения; проф. В. Л. Боголюбов—в результате большого опыта в деле оперирования всевозможных видов травматических аневризм (свыше 50 случаев)—предпочитает всем другим способам внутримешковую перевязку сосудов, дополняя операцию (в зависимости от случая) иссечением мешка; сосудистый шов технически не легок и часто связан сближающимися (особенно кровотечения) и последующими осложнениями (тромбоз); по возможности не следует оперировать свежие случаи травматических аневризм, и надо выждать развития коллатералей.

2. Д-р А. Н. Рыжик. *Мочекислые диатезы и их лечение*. Обстоятельный доклад, касающийся клиники и лечения всех видов диатезов—фосфатурического, оксалурического и уратрического. Материал докладчика (15 случаев уратурии; 29—фосфатурии и 66—оксалурии), хотя и не велик, но позволяет все же сделать кое-какие выводы, главным образом, в отношении курортного лечения (Железноводск) таких больных, а именно—если сравнительно заметное улучшение можно наблюдать у оксалуриков, некоторое—у уратуриков, то курортное лечение у фосфатуриков не только бесполезно но даже и вредно (щелочные воды).—Прения: д-ра Е. Г. Гефен, П. Ф. Колчин, А. Д. Успенский, В. Н. Васильев и проф. В. Л. Боголюбов.

Заседание 3/IV 29 г.

1. Д-р Я. В. Хорош и Ц. В. Хаскина. *Демонстрация случая хондродистрофии*, относящегося к 44-летней женщине-татарке. Недоразвитость костяка, главным образом за счет задержки в росте костей конечностей, заставило заподозрить, а затем и подтвердить рентгенографически, истинную природу страдания, хотя субъективные жалобы больной—боли в суставах при наличии крайней степени ограничения подвижности в них, и склоняли вначале к мысли рассматривать случай за ревматический полиартрит. Данные рентгенографии: разрушение эпифизов и утолщение кортикального слоя трубчатых костей, анкилозы крупных суставов, главным образом тазобедренных. Патогенез страдания не ясен; терапия демонстрируемого случая, поскольку к картине болезни примешивались явления полиартрита, сводилась к применению грязелечения и оказала заметный благоприятный эффект в отношении уменьшения болей и восстановления некоторой подвижности в суставах. Прения: проф. М. О. Фридлянд, доц. Р. Я. Гасуль, д-р Л. Н. Клячкин и проф. В. Л. Боголюбов.

2. Д-р Д. Е. Гольдштейн. *К вопросу об остеохондропатиях типа Legg-Galve-Perthes'a, Alban Köhler II, Ostgood-Schlatter'a*. Продемонстрировав ряд рентгенограмм случаев остеохондропатий, докладчик останавливается на клинической, рентгенологической и патолого-гистологической картине этих выделенных в последнее время в особую нозологическую единицу—

заболеваний эпифизов. Представляя в патолого-гистологическом отношении первичный асептический субхондральный некроз костной ткани, это заболевание, свойственное главным образом юношескому возрасту, дает весьма характерный клинический симптомокомплекс и типическую рентгенологическую картину; в цикле развития различают 5 стадий: 1) некроза, 2) перелома, 3) рассасывания, 4) репаративный и 5) исход в излечение либо без деформации типа arthritis deformans, либо с последними, но всегда без анкилозов и свищей; патогенез—нарушение артериального питания эпифизов в процессе роста и окостенения.—Прения: прив.-доц. Р. Я. Гасуль, д-р А. Н. Рыжих, проф. М. О. Фридланд и проф. В. Л. Боголюбов.

3. Д-р Ю. В. Готлоб. *Случай рака нижней конечности*, именно левой (большого пальца ее, с метастазами лимфатических желез одноименной стопы), относящийся к 45-летнему мужчине: оперативное пособие (П. М. Красин) вылущение пакета метастатических желез и иссечение пальца вместе с соответствующей предплюсневой костью; микроскопический диагноз Basalzellenkrebs; течение операционной раны на стопе осложнилось нагноением; спустя некоторое время был посечен метастатический узелок на голени второй ноги.—Прения: проф. П. М. Красин, д-р А. Сызганов, профф. М. О. Фридланд и В. Л. Боголюбов.

4. Студ. А. Беркутов. *О двух редких формах ствола дуги аорты*. Сообщение касается двух случаев (детские трупики) аномалийного отхождения art. subclavia dextra непосредственно от нисходящей части дуги аорты при одновременном отсутствии art. аопишае; в одном случае подключичная правая артерия шла между пищеводом и позвоночником, в другом—между сонными сосудами и трахеей. Прения: д-р Л. Г. Фишман, студ. Р. Рыжков, д-р Б. В. Огнев и проф. В. Л. Боголюбов.

Секретарь С. А. Смирнов.

Заседание 17/IV 29 г.

1. Д-р М. Е. Седых. *Редкий случай извлечения конкремента из брюшной полости*. Напечатано в № 6 „Каз. мед. журнала“ за 1929 г.—Прения: проф. П. М. Красин, д-р И. Л. Цимхес, д-р Сызганов, пр.-доц. В. А. Гусынин и проф. В. Л. Боголюбов, подчеркивший интерес случая, особенно темный вопрос происхождения конкрементов.

2. Д-р О. Н. Либерман *демонстрировал маску Ombredanna* и ознакомил с обращением с ней. Прения: д-р И. Л. Цимхес обратил внимание на преимущество маски Ombredanna, заключающееся в том, что наркотизатор почти лишен вредного действия хлороформа и эфира, как это наблюдается при других масках. Д-р А. Н. Рыжих отметил, что с применением маски Ombredanna уменьшается опасность наркоза, остается только рефлекторная. Прив.-доц. В. А. Гусынин считает, что в русской действительности, где наркоз приходится давать фельдшерскому персоналу, широкое распространение будет иметь та маска, при помощи которой будет безопасна дача наркоза больному. К сожалению он этого не видит в маске Ombredanna. Д-р П. Ф. Колчин отмечает выгодное впечатление от работы с маской Ombredanna, значительно менее резкое возбуждение. Наркотизатору нужно зорко следить во время наркоза. Проф. В. Л. Боголюбов отмечает, что, повидимому, эта маска имеет некоторые выгодные особенности, но нужно искусство наркотизатора.

3. Д-р Б. В. Огнев. *К вопросу о ложных мозговых травматических грыжах*.—Докладчик сообщил о двух случаях ложной мозговой травматической грыжи. 1-й случай: у 13-летней девочки К. В. грыжа образовалась в возрасте 2 лет после падения с небольшой высоты головой вниз и удара о пол комнаты правой теменной областью. Размеры костного дефекта равнялись 10,5×4,5 см. в области правой теменной кости. Б-ная страдала припадками по несколько раз в день (до 7 раз). 2-й случай касается девочки 2-летнего возраста, С. В. Грыжа образовалась, по словам матери, с двухнедельного возраста после падения девочки с полаты вниз головой. Дефект находится в области правой теменной кости и равняется 12 см. в длину, а поперечный размер в верхней трети 4 см., в средней—5,5 см. и в нижней—7 см. Припадки не отмечались, но у больной имелось незначительное косоглазие и большой палец левой руки находился в постоянно согнутом положении. Оперативное вмешательство в обоих случаях заключалось в опорожнении церебро-спинальной жидкости из грыжевого мешка шприцем, сшивании стенок мешка в складку. Основание последней прошивалось тонкими швами и складка фиксировалась на месте дефекта. В первом случае костный дефект закрыт параллельно лежащими ребрами, а во втором случае над ушной складкой