

заболеваний эпифизов. Представляя в патолого-гистологическом отношении первичный асептический субхондральный некроз костной ткани, это заболевание, свойственное главным образом юному 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 деформаций 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) вылущивание 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 иссечен метастатический узелок на голени второй ноги.—Прения: проф. П. М. Красин, д-р А. Сызганов, проф. М. О. Фридланд и В. Л. Боголюбов.

4. Студ. А. Беркутов. *О двух редких формах ствола дуги аорты*. Сообщение касается двух случаев (детские трупы) аномалийного отхождения art. subclavia dextra непосредственно от нисходящей части дуги аорты при одновременном отсутствии art. аопиная; 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, подчеркивающий интерес случая, особенно темный вопрос происхождения конкрементов.

2. Д-р О. Н. Либерман *демонстрировал маску Om b r e d a n n'a* и ознакомил с обращением с ней. Прения: д-р И. Л. Цимхес обратил внимание на преимущество маски Om b r e d a n n'a, 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 Om b r e d a n n'a 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 Om b r e d a n n'a. Д-р П. Ф. Колчин отмечает выгодное впечатление от работы с маской Om b r e d a n n'a, 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 cerebro-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 ушитой складкой

образована костная решетка из ребер. Через год после операции первая девочка находилась в течение месяца на испытании в Набережно-Челнинской больнице. Припадки стали у ней гораздо реже: 1 раз в 2—3 недели. Ребра жили. Череп вполне симметричный и через кожу прощупывается все шесть реберных пластинок, конфигурация последних сохранилась. О втором ребенке имелись сведения через 7 месяцев после операции: чувствует себя очень хорошо, никакого выпячивания не имеется, припадками не страдает. Докладчиком демонстрированы фотографические снимки с указанных б-ных. Кроме того, демонстрировались препараты оперированных собак после пересадки ребер в дефекты костей черепа.

Заседание 29/IV 29 г.

1. Проф. П. М. Кр а с и н. *Памяти Billroth'a.* (К столетию со дня рождения). Напечатано в № 5 „Казанск. мед. жур.“ за 1929 г.

2. Д-р В. И. Низнер. *Случай удаления опухоли почки.* Докладчик демонстрировал препарат гипернефромы нижнего полюса почки. Случай относится к к-ке 19 лет, поступившей в Госпитальную хирургическую клинику Университета по поводу незначительных болей в животе, запоров и опухоли, которую она не замечала до обращения к врачу. Опухоль располагалась в области левого под-реберья, плотной консистенции с неровной поверхностью, величиною в два сложенных кулака. Гематурию и какие-либо изменения со стороны мочи больная не замечала. Моча нормальная. В осадке ничего патологического. При цистоскопии: устья мочеточников— норма, функциональная проба почек и катетеризация их ничего патологического не обнаружила. Особенность этого случая состоит в том, что отсутствовал наиболее характерный симптом опухоли почки—гематурия, и что диагноз был поставлен до операции.—Прения: д-р А. Н. Рыжих, д-р Е. Г. Геген, проф. Н. В. Соколов и проф. В. Л. Боголюбов.

3. Д-р Б. В. Огнев. *О коллатералах в стенках сердца после перевязки ветвей коронарных сосудов.* После краткого литературного обзора истории вопроса о коллатеральном кровообращении докладчик изложил свои данные о коллатеральном кровообращении в стенках сердца после перевязки у собак различных ветвей коронарных сосудов (арт. и вен). В течение 2 лет им произведено 43 опыта, включая сюда и повторные. Перевязывались всегда артерии вместе с венами, животные убивались через различные сроки или подвергались повторным операциям. После развития коллатералей животные убивались, и через коронарные сосуды делалась инъекция висмута и производились рентгеновские стереоскопические снимки. Таким образом на последних отчетливо были выявлены коллатеральные сети после перевязки сосудов, также были демонстрированы и все препараты сердец с инъецированными сосудами. Показана собака, дважды оперированная, в первый раз лигатура была наложена на сосуды задней стенки сердца, а во второй раз—на ram. descend. anter. (вместе с соот. вен.) в пределах верхней трети, кроме того в этом же случае был наложен шов на левое ушко (так как последнее было поранено при первой операции). Свою работу докладчик считает незаконченной и определенных выводов пока не делает. Однако указывает, что коллатеральные сети сосудов развиваются очень быстро, в особенности у молодых щенков. Лигатура, наложенная в пределах верхней $\frac{1}{3}$ ram. descend. ant. (с соот. вен) у взрослых собак почти всегда через несколько минут ведет за собой смерть, в особенности в тех случаях, когда главной магистралью а. coron. cord. sin. является г. descend. anterior.

Одновременная перевязка артерий и вен на задней стенке сердца до известных пределов дает хорошие коллатерали. Повторные операции переносятся животными хорошо, и после подготовки соответствующих коллатералей можно свободно перевязывать и ram. descend. anter. (с вен.) в пределах верхней трети. Таким образом докладчик делает известные предпосылки о пределах редуцированного кровообращения на сердцах собак, так как этот вопрос имеет большое практическое значение и в известной мере может быть перенесен и на человека. Прения: проф. П. М. Кр а с и н видит в работе докладчика, первый почти опыт изучения редуцированного кровообращения сердца. Д-р Д. М. Лапков считает, что эффект перевязки сосудов будет лучше, если прибавить периаартериальную симпатэктомию. Проф. В. Л. Боголюбов рекомендует не ожесточать развитие коллатерального кровообращения у животных и здоровых людей с развитием таковых у страдающих аневризмой или другими страданиями сосудов. Проф. М. О. Фридлянд интересуется, были ли опыты перевязок артерий или вен по от-

4. Студ. Р. В. Рыжков. *Редкий случай вправления подключичной артерии (с демонстрацией препаратов).* Секретарь И. Л. Цимхес.

Заседание 13/V 1929.

1. Проф. П. М. Красин. *Демонстрация больного после кровавого вправления вывиха бедра (левого).* Типичный илйакальный вывих (мужчина средних лет), с укорочением конечности до 7 сант., восьмимесячной давности, был с успехом вправлен докладчиком кровавым путем через разрез по Олье с частичной резекцией головки бедра; рана зашита почти вся, с небольшим тампоном, где наблюдалось поверхностное ограниченное нагноение, не отразившееся совершенно на успехе оперативного пособия; к моменту демонстрации больной вполне удовлетворительно пользуется своей конечностью, укорочение едва достигает $2\frac{1}{2}$ сант.: демонстрация рентгенограмм. Прения: прив.-доц. В. А. Гусынин и проф. М. О. Фридланд, считающий, что несомненное предпочтение заслуживает некровавый способ вправления, к которому в глубоком наркозе следует прибегнуть во всех без исключения случаях застарелых вывихов бедра; успех кровавого вправления в немалой степени зависит и от умелого ведения больных в послеоперационном периоде; важно удерживать вправленную конечность в ее новом положении, с каковой целью выгодно бывает наложить гипсовую повязку в отведенном (до 30°) положении конечности.

2. Прив.-доц. В. А. Гусынин. а) *Случай частичной резекции мочевого пузыря по поводу раковой язвы его.* В анамнезе больного, средних лет мужчины, неоднократная гематурия на протяжении 2-х последних лет, дизурические расстройства, за последнее время значительное похудание; данные цистоскопии — небольшая язвочка на передне-боковой стенке пузыря слева; операция за месяц до демонстрации: частичная резекция стенки пузыря вместе с язвой через Pfannenstiel'евский разрез, глухой шов на пузырь, тампонада околопузырной клетчатки; в послеоперационном течении небольшой мочеви свисток самостоятельно закрывшийся к моменту демонстрации; патолого-анатомический диагноз — медуллярный рак.

в) *Демонстрация больного с anus praeternaturalis*, наложенным по методу Lambget; показания к операции — раковая язва прямой кишки близ anus, вызвавшая почти полное закрытие последнего и пузырно-прямокишечный свищ; послеоперационное течение осложнилось незначительным некрозом слизистой приводящего отростка толстой кишки и частичным расхождением швов вследствие супурации кожной „гилзы“ вокруг приводящего отростка; общее впечатление докладчика от способа таково, что он не лишен значительных технических трудностей, а сама операция, вследствие истощения больных, переносится обычно тяжело. Прения: студ. Клейн, д-р А. Н. Рыжих и проф. П. М. Красин.

3. Д-р. А. Г. Тихонов. *Демонстрация больного с туберкулезным остеомиелитом бедра после местного лечения препаратами золота (аугм-патрио-суанатум).* Ортопедическая клиника проф. М. О. Фридланд не без успеха применяет за последнее время в случаях костного и костно-суставного туберкулеза конечностей инъекции 1% раствора аугм патрио-суанатум в самый очаг в количестве 2 куб. сант., разведенных в 10—15 куб. сант. дистил. воды; дабы избежать отравляющего действия препарата, конечность предварительно обескровливается эластическим бинтом, а затем на нее накладывается по общим правилам Эсмарховский жгут, а ниже места предполагаемой инъекции оставляется эластический бинт; в таком виде конечность после инъекции выдерживается минут 15—20. Как правило, за инъекцией следует в течение ряда дней общая t° реакция и обострение в месте болезненного фокуса (гэмограммы таких больных дают ясную картину остро-воспалительной реакции). Демонстрируемый больной — молодой человек, 26 лет, подвергался в феврале т/г. однократной инъекции препарата в левое бедро в место (bс очага, и к настоящему времени он свободно ходит (явился больной в клинику на костылях) и имеет прибавку в весе до 20 ф. — Прения: проф. М. О. Фридланд и проф. П. М. Красин, отметившие новизну метода и необходимость дальнейших клинических наблюдений над ним.

4. Д-р Д. М. Лапков. *К вопросу о вариантах артерий голени (демонстрация препаратов).* Сообщение касается далеко нередко встречающихся ($5\frac{1}{2}$ по некоторым авторам) вариантов в кровоснабжении голени, а именно: 1) отсутствие обеих тибальных артерий, кровоснабжение стопы обеспечивается в таких случаях за счет одной перонеальной и ее ветвей; вынужденная или случайная перевязка главного ствола влечет гангрену нижележащей части конечности,