

кроме случаев больших кист и нагноившегося эхинококка. Двухмоментный закрытый способ, защищаемый докладчиком, для лечения больших кист, не рекомендует.

2. Д-р Н. Ф. Харитонов. *Лечение гипертрофии предстательной железы односторонней вазэктомией и алкоголизацией (80° спирт) семенного канатика.*

Докладчик применил этот метод в хирургическом отделении Мензелинской б-цы у 4-х больных в возрасте от 56—68 лет с удовлетворительными ближайшими результатами.—Прения: Проф. П. М. Красин, д-ра Б. В. Огнев, Ю. А. Ратнер, Н. И. Гашев, проф. М. О. Фридланд и проф. В. Л. Боголюбов, указавший, что метод кастрации для лечения гипертрофии простаты оставлен, а о ценности вазэктомии и алкоголизации семенного канатика судить преждевременно.

3. Проф. Н. В. Соколов. *О причинах неудачных исходов в лечении закрытых переломов конечностей.* Для разрешения поставленной задачи докладчик собрал и проанализировал 428 случаев различных закрытых переломов конечностей, прошедших за последние 5 лет через амбулаторию и стационар Госпитальной хирург. клиники К.Г.У. Отдаленные результаты удалось собрать в 95 случаях, из коих у 85 отмечается полное выздоровление, у 9—ограниченная подвижность и лишь в одном случае—полная утрата трудоспособности. Лечение проводилось методами простой фиксации (шинная повязка) или гипсования. Вытяжение практиковалось лишь как подготовительная мера к предстоящему гипсованию конечности. При учете топографо-анатомических особенностей того или другого отдела поврежденной конечности, метод гипсования, по мнению докладчика, вместе несомненное преимущество перед небезопасным кровавым способом и вытяжением, не всегда возможным в участковой обстановке. Успеху лечения немало способствовали последующие физиотерапевтические процедуры. В заключение докладчик продемонстрировал сконструированный им для лечения переломов вертлбных конечностей аппарат по типу треугольника Middelburgh'a в комбинации с шиной Boschdrevink'a.—Прения: д-ра С. А. Воронов, Л. Е. Формозов, А. Н. Рыжих, пр.-доц. В. А. Гусынин. Проф. М. О. Фридланд считает, что при умелом применении метод гипсования прекрасен, но при переломах трубчатых костей вблизи или внутри суставов показано вытяжение. Кровавые способы лечения дают лучшие исходы по опыту Ортопедич. клиники Гидува особенно при переломах шейки бедра—вколачивание костных штифтов через большой вертел по направлению к вертлбной впадине. Затем оппонент дал целый ряд практических указаний относительно физио-механо-терапевтических процедур лечения несросшихся переломов и патологических переломов. Резюме: проф. В. Л. Боголюбов. Секретарь С. А. Смирнов.

Заседание 1 ноября 1929 г.

1. Д-р К. Н. Кочев. *Случай гумозного поражения позвоночника.* Б-ой Н., 52 лет, крестьянин, поступил в ортопедическую клинику с жалобами на сильные боли в спине, отдающиеся в ноги. Боли усиливаются к ночи и локализируются в области поясничных позвонков (2—3—4 поз.). Считает себя больным 5½ лет. В августе 1928 г. обращался в ортопедическую амбулаторию, был заподозрен туберкулез, спондилит и наложен гипсовый корсет, который несмотря на 6½ мес. ношения его улучшений не дал. Болея периодически, лежит в постели 1 год. Женат, 6 детей, все здоровы, 1 выкидыш, лues отрицает. При объективном исследовании обнаружен кифоз, выраженный в области 2-х пояснич. позвонков, движения в суставах свободны. Мышечной атрофии нет. R. W. резко положительная (+++). Рентген: деструктивный процесс в 2—3—4 поясничных позвонках с усиленной регенерацией костной ткани и обильным периферическими участками позвонков. Под влиянием лечения—покой, вытяжение (гисонова петля) и внутрь kalii iodati—кифоз значительно уменьшился, боли постепенно становятся слабее.—Прения: проф. М. О. Фридланд обратил внимание на интерес этого случая в смысле редкости сифилитического поражения поясничных позвонков. Проф. В. Л. Боголюбов относит поучительность случая к правильно поставленному диагнозу, т. к. особенно часты ошибки по отношению к lues'у костно-суставного отдела, шаблононо принимаемого за туберкулез.

2. Д-р Ю. А. Ратнер. *Случай подкожного разрыва селезенки.*

Демонстрация б-ого, у которого по поводу подкожного разрыва селезенки была произведена спленектомия. В анамнезе малярия. Б-ой упал с лесов с высоты 3 аршин и до следующего дня чувствовал себя хорошо, потом появилась резкая

анемия, раздражение брюшины, defense и боли слева. Докладчик считает, что здесь сначала получилась интракапсулярная гематома, прорвавшаяся затем в брюшную полость. Удаленная селезенка разорвана на множество частей.

3. Д-р Ю. А. Ратнер. *Демонстрация б-ой после нефрэктомии по поводу параренальной опухоли.*

Девочка 6 лет, у которой была удалена проф. В. Л. Боголюбовым слева околопочечная опухоль больших размеров. Опухоль была удалена вместе с почкой из поперечно-поясничного разреза без вскрытия брюшины. Почка тесно сращена с опухолью, являясь как бы придатком последней, но опухоль не проросла почку. Удаленная опухоль относится к эмбриональным смешанным опухолям.—Прения по обоим докладам: д-р Б. В. Огнев, пр.-доц. В. А. Гусынин отметили на возможную связь опухоли с косоплостью, имеющуюся в данном случае. Д-ра В. А. Сильев, Низнер, Д-р Кочев, указавший, что в спортивной травматологии отмечаются случаи разрывов селезенки, пораженной малярией, потому страдающим малярией запрещаются некоторые виды спорта. Проф. М. О. Фридланд и проф. В. Л. Боголюбов, отметивший практический интерес первого сообщения и научно-хирургический второго. В данном случае нелегко было диагностировать место расположения опухоли и решить, каким разрезом удалить ее. Смешанные врожденные параренальные опухоли представляют большой научный интерес. Подобные опухоли могут иногда сочетаться с уродствами и пороками развития, в частности с врожденной косоплостью.

4. Д-р И. Л. Цимхес. *К оперативному лечению резаных ран глотки и гортани.*

Докладчик демонстрировал б-ого с зажившей раной глотки и гортани. Б-му с целью ограбления была нанесена резаная рана на уровне щитовидно-подъязычного промежутка в поперечном направлении—12 с. и вертикальном—7—8 с. Справа обнаружены m. sternocleidomast. и ar. carotis com. и vena jugularis, обнажена правая подчелюстная железа. Надгортанник перерезан и отошел кверху вместе с перерезанными мышцами, прикрепляющимися к подъязычной кости. В ране видна гортань с голосовыми связками, а в глубине—глотка и переход ее в пищевод. Б-му была произведена трахеотомия и остановлено кровотечение. Через рот был введен желудочный зонд в пищевод. Зияющая рана послойно зашита, причем на подъязычную кость и щитовидный хрящ были наложены отдельные швы, не захватывая слизистую. Послеоперационное течение гладкое. На 5 день удален желудочный зонд и на 20-ый—трахеотомическая трубка. Докладчик на основании литературы и своего случая высказывается за первичный глухой шов резаных ран глотки и гортани с профилактической трахеотомией.—Прения: проф. П. М. Краси́н поделился своим наблюдением в клинике покойного проф. Праксина, где первичный глухой шов без трахеотомии дал блестящие результаты, поэтому считает трахеотомию лишней, а зонд не обязательным. Д-р Б. В. Огнев, Д-р С. А. Смирнов припоминает случай перерезки трахеи и пищевода, где не была произведена трахеотомия, и б-ой погиб. Прив.-доц. В. А. Гусынин полагает, что осторожность в таких случаях вполне целесообразна и трахеотомию следует производить, как правило. Д-р Ю. А. Ратнер в одном случае ранения глотки зашил наглухо без трахеотомии. Проф. В. Л. Боголюбов указал, что при обычных ранениях глотки можно обойтись без трахеотомии, но при ранах более низких отделов один шов без трахеотомии представляет, конечно, известный риск. Выбор способа во многом зависит от обстановки и опытности хирурга.

Секретарь И. Цимхес.

Общество невропатологов и психиатров при Казанском гос. университете.

Объединенное заседание физиотерапевтической секции и Общества рентгенологов 30 ноября 1929 г.

1. Д-ра М. И. Гольдштейн и Неворожкин. *Об изменениях каталазы и липазы в крови больных, леченных рентгеновыми лучами.*

Авторы задались целью проследить состояние и движение ферментов у больных, подвергаемых рентгенотерапии. Материал состоял из 18 б-ых. Опытов поставлено 120. Результаты: при повторном освещении лимфатического аппарата независимо от процесса в нем (лимфогранулематоз, саркома, рак) получается ступенчатая кривая, где каждая последующая вершина выше предыдущей. При