

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

освещении щитовидной железы и спинного мозга получается кривая, где каждая последующая вершина значительно ниже предыдущей. При освещении кожных участков (ulcus rodens, angiotoma) ферментативная реакция не выражена. Липаза дает менее характерные изменения. Под влиянием рентгенотерапии этот фермент приходит в норму. Особого параллелизма между ферментативными кривыми и изменениями в течении болезненного процесса выявить не удалось.—Прения: проф. Г. А. Клячкин, д-ра Е. Т. Гефен, Я. В. Хорош, Л. Н. Клячкин, М. И. Гольдштейн, проф. А. В. Фаворский и прив.-доц. Р. Я. Гасуль.

2. Д-р В. Б. Бланк. *Изменение резервной щелочности при применении нарзанных ванн.*

Работа проводилась в течение настоящего сезона в Кисловодске над стационарным материалом. Исследование велось в двух направлениях: 1) изменение AR до и после ванны, 2) изменение AR после длительного применения тех же ванн. Результаты: однократное применение нарзанной ванны у сердечных б-ых вызывает некоторое понижение AR. Длительное применение нарзанных ванн вызывало вначале понижение цифр AR, а затем постепенное возрастание до исходных цифр и выше. Благоприятное воздействие нарзанных ванн на сердечную деятельность, вероятно, покоится на тренировании сердечной мышцы.—Прения: проф. Г. А. Клячкин и А. В. Фаворский.

3. Д-ра И. С. Бейрах, Р. И. Лангерман и Я. В. Хорош. *Ионофорез при осложнениях мужской гонорреи.*

Иодинофорез был испытан в 67 случаях различных осложнений мужской гонорреи и в 1 случае негонорейного эпидидимита. Техника: в качестве индифферентного электрода во всех случаях служила помещавшаяся наmons veneis цинковая пластинка в 150—200 кв. ст. (с толстой прослойкой гидрофильной ткани, смоченной горячей водой). Диффузные электроды разной формы и величины (с прослойкой из гидрофильной ткани (12—16 слоев) смоченной 1% раствором KJ., располагались в непосредственной близости к пораженным органам. При простатитах и спермотоциститах (в доступной русской и иностранной литературе авторы не нашли никаких указаний относительно методики, показаний и результатов применения ионофореза при указанных заболеваниях) в качестве действующего электрода употреблялся электрод в виде прямого стержня из эбонита, один конец которого представляет из себя угольный оливкообразный наконечник длиною в 2,5 ст., диаметром в 1 ст., на другом конце имеется отверстие для ввода провода от аппарата. На угольный конец наматывается и плотно завязывается ватно-марлевый тампон, смоченный 1% раствором KJ. Электрод этот вводится в прямую кишку на область простаты. Во всех случаях сила тока колебалась от 10—40—50 МА, продолжительность сеанса от 15—30—45 минут. Сеансы обычно проделывались через день, иногда промежутки удлинялись в зависимости от очаговой реакции.

Выводы: 1) Иодинофорез дает хорошие результаты в хронически протекающих случаях осложнений мужской гонорреи. 2) Иодинофорез может служить новым энергичным средством лечения простатитов и спермотоциститов. 3) При остро протекающих осложнениях гонорреи у мужчин ионофорез не только не дает никакого эффекта, но порой даже вызывает ухудшение болезненного процесса. 4) В упорных случаях гоноррейных осложнений ионофорез в комбинации с другими физическими методами дает значительно лучшие результаты (диатермия, грязелечение). 5) Очаговая реакция в тех случаях, где ионофорез показан, является весьма желательной и служит хорошим показателем успешности данного вида лечения. 6) Ионофорез может быть использован в соответствующих случаях для целей провокации при решении вопроса об излечении гонорреи.—Прения: д-ра И. Д. Печников, Л. Н. Клячкин, А. Т. Гринбарг, проф. Г. А. Клячкин, прив.-доц. Р. Я. Гасуль.

Секретарь Я. В. Хорош.

Саратовское физико-медицинское общество.

Торжественное заседание 18 ноября было посвящено 125-летию годовщине Казанского университета.

Председатель о-ва проф. Н. Е. Кушев, открывая заседание, заявил, что группа бывших питомцев медицинского факультета выразила желание ознаменовать юбилей Казанского университета торжественным заседанием. С воспоминаниями выступили старые студенты выпусков 70-х и 80-х годов прошлого столетия. Первое сообщение проф. В. И. Разумовского касалось медицинского образования и жизни казанских студентов в 70-тых годах прошлого столетия. Доклад-