

ние, хотя и не столь резкое; еще в 5 сл. улучшение было также, но касалось только саливации; 10 случаев были под наблюдением недостаточное время. На случаи *paralysis agit.* лечение мало влияло. Лечение начиналось с 10 кап. 3 раза в день и увеличивалось на 5 кап. в неделю, доходя до 60 капель. Токсического действия при таком лечении заметно не было. Ю.

Заседания медицинских обществ.

Казанское общество врачей.

Хирургическая секция.

Заседание 9 января 1931 г.

1. Проф. П. М. Кр а с и н. «Кесарское сечение» при гнойном перитоните счел возможным произвести докладчик при 5-месячной беременности для удаления мертвого плода. Исход благоприятный (демонстрация больной). Прения: И. К. Слуцковский и Б. В. Огнев.

2. Д-р А. Н. Ры ж и х. Врожденные псевдартрозы голени. Справка о клинике, течении и терапии этого загадочного страдания. Демонстрация одного (последнего) из трех случаев, встретившихся в практике докладчика, леченных аутотрансплантацией костной ткани в тщательно рассверленный костный канал (до здоровой костно-мозговой ткани). Непосредственный результат операции демонстрируемого случая удовлетворительный (операция около месяца тому назад), последующее лечение, как то имело место и в предыдущих случаях, будет слагаться из механо-терапевтических процедур и инъекции крови по соседству с местом бывшего ложного сустава.—Прения: Проф. М. О. Ф р и л а н д: целый ряд страданий костной системы (*ostitis cystica*, *osteogenesis imperfecta* и т. д.), а равным образом, и случаи, составившие тему настоящего доклада, представляют настоящую загадку в отношении патогенеза, может быть будет правильно привлечь к объяснению этих страданий расстройство в той или иной степени эндокринной системы; в отношении исходов оперативных вмешательств при псевдартрозах нужно быть особенно осторожным—рецидивы возникают спустя даже годы после операций, контрольные рентгенограммы должного случая косвенным образом подтверждают это мнение оппонента (полное отсутствие костной мозоли, бедность трансплантата), облучивание кварцевой лампой должно составить *conditio sine qua non* последующего лечения таких случаев. П. А. Гу л е в и ч, Б. Е. П а н к р а ть е в: определения уровня кальция в крови должно было непременно войти в задачу докладчика у постели его пациентов; изучение функции эндокринного аппарата (паращитовидной железы, щитовидной, гипофиза), а, может быть, и нервной системы дадут всего вероятнее ключ к пониманию подобных страданий костяка. Н. Ф. Р у п а с о в—необходимо тщательное изучение рентгенограмм случаев псевдартрозов, что позволит не только разобраться в клинике страдания, но и пролить некоторый свет в патологию заболевания; д-р Б. В. Огнев—не склонен разделить мнение докладчика, что одним из патологических моментов возникновения псевдартрозов может быть недостаточность артериального кровоснабжения кости (ссылка на работы школы Москаленко). А. Н. Ры ж и х—наименование „врожденный“ вводится исключительно для определения врожденного предрасположения к псевдартрозам; эндокринную систему к объяснению страдания привлечь можно, но лучше понимать процесс как ненормальный локальный остеогенез.

3. Д-р П. Ф. Колчин. К оперативному лечению инвагинаций кишечника. Сообщение касается двух случаев резекции кишек по поводу острой инвагинации: 1) энтерика (благополучный исход) и 2) илеоцекальный (*exitus letalis*) с демонстрацией патолого-анатомических препаратов. Прения: Б. В. Огнев, П. А. Гу л е в и ч, А. Г. Г р и н б а р г—исследование вегетативной нервной системы (превалирование *vagus*'а над *sympathicus*'ом) должно быть, по видимому, в подходящих условиях (хронических) предпослано оперативному вмешательству; проф. В. Л. Б о г о л ю б о в—диагностика страдания иногда очень легкая (наличие болезненной опухоли, кровавый стул и т. д.), но в ряде случаев заболевание распознается только на операционном столе; ходячее мнение, что инвагинация чаще встречается в детском возрасте, склонен, на основании собственного опыта, отвергнуть, по крайней мере, для нашего края.

4. Д-р А. Н. Рыжих. *Исечение симпатических поясничных узлов, как метод лечения спонтанной гангрены*. Докладчик располагает одним случаем (оператор проф. П. М. Красин) иссечения симпатических люмбальных ганглиев при спонтанной гангрене, где операция дала вполне удовлетворительный, по крайней мере на ближайшее время, терапевтический эффект (гангренозный процесс приостановился, некротические части отторглись, язва голени зажила, дефект тканей стал быстро выполняться здоровыми грануляциями, температура конечностей значительно повысилась, по сравнению со здоровой, мучительные боли покинули больного). Оперативный доступ к ганглиям был избран чрезбрюшинный (демонстрация больного). *Прения*: д-р Б. А. Огнев—судя по представленным схемам операции, иссечение подверглись паравертебральные ганглии, а не превертебральные, как то утверждает докладчик; именно иссечением паравертебральных ганглиев и может быть только объяснен тот терапевтический эффект, который имеется в сообщенном случае; проф. М. О. Фридланд—предлагаемый метод технически, конечно, не прост, что заставляет хирурга быть более требовательным в показаниях к применению его на практике; менее травматичной и, пожалуй, не менее эффективной является операция L'érische'a, о которой, как технически более простой, не следует забывать; повышение температуры конечности после операции в сообщенном случае незначительно—всего на $1-1\frac{1}{2}^{\circ}$ в разные дни (по литературным данным повышение это достигает 5° и даже выше); проф. П. М. Красин—оператор при операции точно отдавал себе отчет, какие узлы он иссекает; технически операция не столь сложна; д-р А. Г. Гринберг—эффект от примененной операции вполне удовлетворительный; изучение тонуса вегетативной нервной системы должно войти в задачу хирурга у постели больных с подобными сосудистыми заболеваниями; д-р Н. Ф. Рупасов—операция сложна, травматична и не может быть рекомендована для широкого применения ее на практике, особенно молодым хирургам; тщательное изучение рентгенограмм (состояние концевых фаланг конечностей) случаев спонтанной гангрены может в значительной степени подвинуть вперед наше представление о показании к оперативному вмешательству. Вообще, при этом страдании клиника проф. А. В. Вишневского имела возможность наблюдать прекрасный терапевтический эффект только от одного «вливания» новокаина в капсулу почки; иссечение поясничных ганглиев дважды производил д-р И. В. Домрачев; д-р А. Н. Рыжих—сообщение преследовало исключительно демонстрационную цель, нервный аппарат пораженной конечности невро-патологами призван был в полном порядке, резкое похудание конечности объясняется исключительно атрофией от недостатка питания; проф. В. Л. Боголюбов—операция технически сложна; для оценки степени пригодности ее на практике истек, считая с момента введения, слишком малый срок.

Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 22/V 31 г.

Председатель, проф. В. С. Груздев, сообщил о понесенной секцией утрате в лице ее члена, д-ра А. И. Сигалевича.

Д-р Б. С. Тарло кратко охарактеризовал покойного т. Сигалевича как научного работника, врача и человека.

Присутствовавшие почтили память покойного вставанием.

Проф. В. С. Груздев сделал доклад под заглавием «*K вопросу об adenomyosis retrocervicalis*». В основу доклада лег наблюдавшийся недавно в Акушерско-гинекологической клинике Казанского медицинского университета типичный случай аденомиоза, локализовавшегося в заднем своде рукава и распространявшегося с одной стороны на шейку матки, с другой на стенку прямой кишки. Микроскопическое исследование вырезанных из стенки рукава кусочков заставляло думать, что исходным пунктом эпителиальных разрастаний в данном случае был многослойный плоский эпителий влагалища. Описав этот случай и продемонстрировав относящиеся к нему препараты, докладчик сообщил далее имеющиеся в настоящее время в науке патолого-анатомические и клинические данные об аденомиозе вообще и о ретроцервикальном аденомиозе в частности.

В прениях по докладу проф. Груздева приняли участие д-р Б. С. Тарло и проф. И. Ф. Козлов.

Д-р Х. Х. Мещеров сделал сообщение под заглавием «*Влияние перекрутки фаллопиевых труб на проходимость трубного канала*». Докладчик

применил перевязку труб (кэтутом и шелком) у 13 кроличих; перевязанные трубы резецировались через различное время от 1 дня до 1 года,—и перевязанные их участки исследовались микроскопически на сериях срезов. Из 26 исследованных труб в 19 получилась полная облитерация трубных каналов, в 6—сужение просвета их, и в одном случае трубный канал оказался не представляющим значительных изменений.

Доклад, сопровождавшийся демонстрацией микроскопических препаратов, вызвал несколько вопросов и замечаний со стороны д-ров Б. С. Тарло и П. В. Маненкова.

Д-р И. В. Данилов сообщил об одном случае *выворота трубы при трубном аборте*. Аборт в этом случае, как оказалось при операции, сопровождался значительным кровотечением в брюшную полость. В литературе д-ру Д. удалось найти сведения лишь об одном подобном случае. В заключение доклада д-р Д. демонстрировал удаленную в этом случае беременную трубу и микроскопические препараты из ее стенки.

По окончании научной части заседания были произведены выборы бюро секции на предстоящий год. Председателем секции было единогласно выбран проф. В. С. Груздев, его заместителем—проф. И. Ф. Козлов, секретарями—д-ра Б. С. Тарло и И. В. Данилов.

Научная конференция Гос. центрального института О. З. Д. и П Наркомздрава.

25 марта 1931 г.

Е. Г. Гранат демонстрировал девочку 9 лет по поводу *злокачественной опухоли средостения*. Опухоль быстро растет, дала прорастание в бронхи, имеются симптомы сдавления. Общее состояние ребенка плохое, отеки лица, шеи. Появился плеврит. Гистологическое исследование опухоли (биопсия), произведенное проф. В. Г. Штефко, дало ангио-эпителиому. Этой опухоли, как указал проф. В. Г. Штефко, уже в силу ее природы, свойственно переходить в саркому. Больная подвергается рентгенотерапии. За последнее время отмечается некоторое улучшение общего состояния. Проф. А. А. Кисель отметил исключительную редкость демонстрированного случая. Улучшение общего состояния за последний период возможно отнести за счет откаченной из полости плевры жидкости, но возможно и влияние рентгена.

В. Г. Штефко. «*Капилляроскопия и ее значение в детском возрасте*». В основном доклад сводился к следующему: волосные сосуды представляют собой важнейший отдел сосудистой системы, почему изучение этого отдела имеет большое значение. Изучение показывает, что та или иная форма капилляров не является случайной, а стоит в связи с общими конституциональными особенностями организма. Общие исследования по развитию капилляров дали возможность опыта построения определенной генетической схемы формы капилляров. Эта схема, будучи нанесена на карточку, даст нам возможность быстро регистрировать и разбираться в весьма многообразной картине капилляров. Наблюдения показывают, что длинные тонкие капилляры, с узким просветом, свойственны астеническому типу; большие широкие с слабыми изгибами—мускульным типам; промежуточные формы капилляров дает торакальная группа. У лимфатиков и у абдоминального типа наблюдается гипопластический тип капилляров—короткие с более разреженным расположением. Далее имеется ряд аномальных форм капилляров. Так, в местах эндемического зоба встречается большой % архикапиллярных структур и других форм неполноценного развития капилляров. На дифференцировку капилляров по мнению Ш. щитовидная железа имеет большое влияние. Можно отметить некоторую корреляцию между степенью интеллектуального развития ребенка и формой капилляров. Среди отстающих школьников значительно большее количество архийформ. Ряд экзогенных факторов также оказывает влияние на форму капилляров.

Проф. А. А. Кисель, резюмируя обмен мнений по докладу, отметил, что поставленный докладчиком вопрос, несомненно, представляет интерес—капилляры должны, без сомнения, отражать общее состояние организма. Каждая болезнь вызывает только ей свойственные изменения. Вероятно такие изменения возможно найти и в капиллярах. В педиатрии отношение к капилляроскопии пока сдержанное, но работы в этом направлении должны продолжаться и, несомненно, приведут