

основании своих исследований авторы приходят к заключению, что при трахеальном дыхании получается резкое заполнение тушью субвагинального пространства зрительного нерва и весьма слабое, или даже отсутствие туши, при носовом; такая же аналогия наблюдается в инъекциях периневрального пространства N. olfactorii.

Доклад вызвал оживленные прения, в которых участвовали профф. В. К. Трутнев, В. Е. Адамюк, А. Н. Мурзин, К. Р. Викторов, д-р Яхонтов и друг.

II. За поздним временем другой доклад, д-ра Липовцевой, был отложен на следующий раз.

III. В конце заседания подверглось обсуждению предложение президиума центр. правления В.О.С. высказаться о целесообразности использования предстоящей всесоюзной переписи для учета слепых, или о возможности проведения специальной переписи слепых.

Мнение глазной секции, о большей целесообразности воспользоваться для учета слепых общей переписью, -- передано представителю В.О.С.

Председатель Глазной секции проф. Адамюк.

Председатель секции уха-носа проф. Трутнев.

Секретарь д-р Кудояров.

Заседание глазной секции Н.-м. асс. 23 марта 1933 г. (13-ое очередное или 3-е в 1933 году).

Председатель проф. Адамюк.

I. Орд. Е. И. Липовцева. К вопросу об инородных телах хрусталика. Докладчица сообщила о случае наблюдавшемся в Глазной клинике мед. инст., оперированном с благополучным исходом, и привела литературные данные по этой редкой форме травм глаза.

Дело шло о молодом рабочем, получившем во времяковки камня неск. posteriorных тел роговицы и один в хрусталик. Через 50 дней после травмы развилась полная травматическая катаракта и больной явился для операции. В начале же, пока помутнение хрусталика было частичным и больной имел не большое зрение, он не соглашался на операцию. Глаз был спокоен. Visus = светоощущению с правильной проекцией света. После магнитной пробы (большим магнитом -- инородное тело несколько сместилось и на другой же день появились явления раздражения глаза и повышение Г до 35 вследствие набухания хрусталика. Ввиду этого была произведена операция экстракции хрусталика, содержащего инородное тело. Препарат был продемонстрирован собранию. Послеоперационный период прошел благополучно: зрение со стеклом 10,0 D получилось = 0,3 при хорошем косметическом эффекте.

В прениях приняла участие: проф. Адамюк, д-р Круглов, д-р Лiorбер, наблюдавший также один случай инородного тела хрусталика, и д-р Булгакова.

II. Присутствовавшие в заседании врачи офтальмоскопировали ряд больных электрическим ретиноскопом д-ра Мауя, привезенным д-ром С. Б. Еналиевым из Америки.

III. Председатель огласил призыв президиума Н.-м. асс. вносить секретарям секций членские взносы, а также предложение врачам, не состоящим еще членами Н.-м. асс., вступить в члены ее.

Секретарь д-р Зарбева.

Протокол очередного заседания Глазной секции Н.-м. асс. 14 мая 33 г.

Председательствовал проф. Адамюк. Присутствовало 18 чело. членов секции и нектор. прикомандиров. врачи.

I. Сообщение А. Н. Круглова. Об операции Blaskowics'a. Мало распространенная операция Blaskowics'a, предложенная последним в 1918 г. против трахоматозного заворота век, имеет целый ряд положительных сторон. Докладчик сообщил о своих наблюдениях над 82 операциями. Докладчик основными показаниями для операции переворачивания хряща по Blaskowics'у ставит заворот при законченной рубцовой трахоме и нерезко утолщенном хряще. При этих показаниях операция дает стойкое исправление заворота и хороший косметический эффект. Докладчик подкрепляет свои выводы длительными наблюдениями (от 3-х до 6 лет над частью б-ных.).

В прениях по докладу высказались профф. В. Е. Адамюк, Н. А. Мурзин, д-ра Н. И. Блитштейн-Неворожкина, Г. С. Лiorбер.

2. Д-р З. Д. Эпштейн демонстрировала 22-хлетн. больного с тяжелыми обоюдосторонними ретинитами, крайне вяло и долго протекавшими, при совершенно неясной этиологии. Vis=свет. Докладчица трактовала случай как Retinitis exudativa externa Coats'a.

В прениях принимали участие проф. Адамюк, проф. Мурзин, д-р Булгакова.

3. Проф. А. Н. Мурзин сообщил об итогах 1-го Трахоматозн. съезда в Москве. Отчет будет напечатан.

Председатель проф. В. Адамюк.

*Протокол заседания Хирургической секции Научно-медицинской ассоциации Татарской А.С.С.Р. от 23-го апреля 1933 года.*

Председатель — проф. А. В. Вишневский.

Секретарь — д-р Г. М. Новиков.

1. Проф. А. В. Вишневский. *К лечению послеоперационного проляпса мозга.*

Демонстрирует больную по поводу лечения большого проляпса мозга, образовавшегося в результате удаления несколько месяцев тому назад опухоли мозга. Установившийся огромный проляпс не поддавался обычным мерам консервативного лечения. Тогда применен был прием систематического сдавления его по основанию. Проллабирующий мозг перехватывался у основания несколькими оборотами мягкого бинта, смоченного спиртом, которые затягивались толстой шелковой лигатурой, наложенной поверх марли. На этой подкладке лигатура должна была развивать только давление, не прорезая самой ткани. 2—3 смены повязки, и проляпс, который до этого не давал никакой надежды на ликвидацию, исчез полностью.

2. Д-р Пшеничников. *Резекция желудка на высоте желудочного кровотечения.* Желудочное кровотечение сопровождается язву в 75% случаев, но по большей части оно выражено незначительно. Нас интересуют так наз. молниеносные, острые и хронические кровотечения, вопрос о лечении которых и до сих пор остается не вполне решенным. Если он выяснен в отношении хронических форм, то при острых и молниеносных формах терапевты и значительная часть хирургов высказываются против активного оперативного вмешательства. По Финстереру смертность при консервативном течении достигает 41%, при хирургическом—25%; при передаче больного для операции не позднее 48 часов после начала кровотечения, эта цифра у Финстерера значительно снизилась. Аналогичные указания имеются и у французских авторов. Применялись различные косвенные и прямые способы оперативного вмешательства и вместе с этим отдельные хирурги последовательно переходили в сторону активного радикализма на разных этапах своей деятельности. По Kraft'у смертность после лигатуры сосудов желудка составляет 17% при эксцизии кровоточащей язвы—22%, при каутеризации язвы и пилоропластике—50%, при гастротомии—71%, при Jejunostomi'и—83%.

На небольшом клиническом материале (5 случ.) мы имели возможность убедиться в преимуществе резекции на высоте острых желудочных кровотечений. В феврале 1932 мы имели случай угрожавшего жизни профузного желудочного кровотечения при язве, где резекция желудка устранила язву и спасла больную, которая в настоящее время здорова и трудоспособна. За последнее время мы имели еще 4 больных, потеряв одного из них в результате консервативного лечения, в 3-х остальных случаях—резекция желудка спасла больных. Приводятся истории болезни с описанием анестезии, хода операции и сложного патолого-анатомического субстрата в результате пенетрации язвы в papsaeas. Резекция желудка на высоте острых желудочных кровотечений в особенности в условиях местной анестезии, применяемой в клинике, заслуживает предпочтения пред другими способами оперативного вмешательства, т. к. она устраняет язву и опасное для жизни состояние больных.

Демонстрация больных и препаратов резецированных желудков.

Прения: д-р Гулевич сообщает, что он, изучая материал госп. хирургич. клиники, не нашел ни одного случая смерти при консервативном лечении желудочных кровотечений. Если большинство хирургов применяют консервативное лечение, то, очевидно, это имеет основания. Резекция желудка—вмешательство не легкое и не всеми выполнимое. Прекрасное действие оказывает переливание крови.