

## Отдел IV. Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

### Неделя медицинской науки

(в связи с 15-летием Государственного Казанского Института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина).

**В. И. Эмдин (Казань).**

В июне 1935 года состоялось торжественное празднование 15-летия деятельности Государственного Института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. В честь юбилея была организована „неделя медицинской науки“.

Для участия в юбилее и „неделе“ прибыли гости из Москвы—представитель НКЗдрава РСФСР тов. Гроссман, профессора Р. А. Лурия, А. В. Вишневский, М. М. Гран, Н. А. Шерешевский, д-р М. И. Ойфебах, из Ядрина—доктор медицины К. В. Волков, Новосибирска—проф. Н. И. Горизонтов, Чебоксар—проф. П. В. Занченко, Омска—проф. Ю. А. Лейбчик, Свердловска—проф. С. Я. Голосовкер, Магнитогорска—доцент Б. С. Голланд. В работе пленумов и секций деятельное участие приняли профессора и научные сотрудники Государственного Института усовершенствования врачей, Медицинского университета, а также врачи, командированные для усовершенствования. Пленарные и секционные заседания привлекали переполненные аудитории.

Юбилею было оказано большое внимание со стороны руководящих организаций. С приветствиями выступили: председатель ЦИК Татарии тов. Байчурин, секретарь Обкома партии тов. Абдуллин, представитель НКЗдрава РСФСР тов. Гроссман, проф. Р. А. Лурия, НКЗдрав Татарии тов. Беганский, заслуж. деятель науки проф. А. В. Вишневский, председатель профсоюза Медсантруд тов. Шакараев, представитель прикомандированных врачей т. Лифшиц и др.

Председатель ЦИК АТССР т. Байчурин, приветствуя собравшихся от имени правительства Татарии, отметил, что организация Института была смелым шагом, ибо Институт возник в период огромных потрясений гражданской войны. В. И. Ленин с полным удовлетворением встретил организацию Института, как яркий образец крупной победы в то время на культурном фронте. 5.500 врачей, сотни организаторов здравоохранения пропущены Институтом за 15 лет его существования. Тов. Сталин указывал, что наука и социализм неотъемлемы друг от друга. В лице Института нашли яркое сочетание научная мысль и практика социалистического строительства на одном из ответственных участков народного здравоохранения. 2000 научных трудов и широкая многогранная профилактическая и лечебная помощь, оказываемая трудящимся—лучший показатель роли Института в деле социалистического строительства. Ин-т—гордость советской Татарии, яркий выразитель огромных научных достижений в Советском Союзе, в противовес кризису капиталистической культуры.

Директор Ин-та проф. Аксянцев в своем докладе указал, что трудящиеся Казани в 1920 году, когда решалась судьба нашей родины, нашли в себе силы организовать новое не только для нашей страны учреждение, но и новое для капиталистических стран. Жизнь показала, что создание Ин-та явилось давно назревшей потребностью. Помимо работы по подготовке квалифицированных врачей, Ин-т подготовил около 60 профессоров, доцентов и преподавателей для других Ин-тов Союза (Архангельск, Москва, Ленинград, Иваново, Магнитогорск и др.). Большая работа проделана Ин-том в области методологии усовершенствования врачей. Такая методология усовершенствования и переподготовки врачей в разработанном виде имеется только у нас в стране и нигде за границей. В тематику своей научно-исследовательской работы Ин-т включил ряд вопросов, связанных с патологией местного края, как трахома, рахит, которые особенно распространены среди татарского населения и национальных меньшинств. Институт

пропустил свыше миллиона амбулаторных больных, около 800.000 физиотерапевтических процедур, свыше 100.000 больных пропустил через свои стены Институт. Большую профилактическую работу проделал Ин-т на заводе „Спартак“, на меховых фабриках и на гражданской швейной ф-ке. Ин-т выделил работников на новостройки (Магнитогорск) и проводит шефство над врачами Магнитогорска с выездом туда ряда профессоров и научных сотрудников.

Приветствовавший от имени Обкома партии тов. Абдуллин отметил особые заслуги Ин-та в его работе, в деле выращивания медицинских кадров, в особенности тех, которые работают среди отсталых национальностей. Большевики Татарии в лице Обкома партии выражают особую благодарность инициаторам организации Ин-та профессорам: Лурья, Лепскому, Эпштейну, Мاستбауму, Фридланду, Клячкину, Русецкому и проч. работникам Ин-та.

Тов. Гроссман, приветствовавший от имени Наркомаздрава РСФСР и от имени наркома здравоохранения тов. Каминского, указал, что Ин-т сумел стать неразрывной частью всего татарского строительства, ибо рост Ин-та, как отметил председатель ТЦИК тов. Байчурин, шел вместе с ростом республики. Помимо большой массы врачей, повысивших свое образование в ин-те, сотни организаторов здравоохранения, представители от 25 национальностей были подготовлены Ин-том. Сейчас перед Ин-том стоят новые ответственные задачи в связи с декретом об улучшении подготовки врачей.

В своем приветственном слове организатор и первый директор Института проф. Лурья отметил, что мы сейчас находимся на крутом подъеме здравоохранения после исторических слов т. Сталина на XVII партсъезде. За короткое время страна повернулась лицом к медицине. Врачи всего мира завидуют нашим врачам, о которых так заботится государство. Проф. Лурья высказывает уверенность, что под руководством гениального Сталина, лучшего врача социальных болезней всего мира, Ин-т придет к новым победам.

Нарком здравоохранения Татарии тов. Беганский указал, что партийная организация и правительство Татарии в огне гражданской войны, разрухи и голода нашли достаточно сил и возможностей, чтобы создать Институт. Особенно ценно то, что среди многочисленных подготовленных Ин-том медицинских работников имеются сотни врачей-татар, ведущих работу среди бывшей отсталой, угнетенной царизмом, татарской национальности. Клинические учреждения Ин-та являются образцом постановки лечебного дела для больниц Татарии.

Заслуг, деятель науки проф. Вишневский, приветствуя Ин-т от имени Государственного Центрального ин-та усовершенствования врачей, констатирует, что сейчас значение Казанского ин-та вышло далеко за пределы Татарии.

Тов. Шакараев приветствует Институт от имени профсоюза Медсантруд и отмечает, что коллектив Ин-та всегда шел впереди во всех конкурсах и соревнованиях.

Открывая первое пленарное заседание „недели“, заместитель председателя Научно-медицинской ассоциации проф. Т. Д. Эпштейн отметил роль научных конференций и „медицинских недель“, как одной из форм усовершенствования врачей. При современном росте специальных медицинских знаний и развитии теоретических проблем медицины, специалисты—научные работники и практики, не успевают следить за смежными областями и успехами теоретической медицины. „Научные медицинские недели“ благодаря постановке на них докладов крупных ученых и специалистов на избранные темы, дают возможность такого обмена знаниями и опытом и тем самым способствуют расширению кругозора врачей. Остановившись на роли научно-исследовательской работы в развитии практических отраслей здравоохранения, проф. Т. Д. Эпштейн особо подчеркнул необходимость и полную возможность такой исследовательской работы не только в научных ин-тах и крупных лечебно-санитарных учреждениях, но и в глухой устьевой больнице, ярким примером чего является д-р К. В. Волков, удостоенный на днях Высшей квалификационной комиссией ученой степени д-ра медицины за многочисленные научные работы, выполненные им в Ядринской больнице Чувашской республики. Оратор осветил те особо благоприятные условия, которые советская власть, в отличие от стран капиталистических, создает в СССР для научно-исследовательской работы во всех отраслях социалистического строительства, в том числе и в области здравоохранения. В нашей стране, где задачи здравоохранения поставлены во весь рост решениями партии и последнего XVI

Всероссийского съезда советов, важнейшим рычагом подъема этого дела, как у всех отраслей социалистического строительства, являются кадры, вооруженные основами современной теории и практики медицинской науки („кадры решают все“ Сталин). Отсюда значение государственного усовершенствования врачей, единственного в мире по своему размаху и содержанию, в этом громадный смысл нашего юбилея и связанной с ним „медицинской недели“.

Проф. Т. Д. Эпштейн, объявляя „медицинскую неделю“ открытой и пожелав успеха, горячо приветствует от имени научной общественности, ин-тов, врачей гор. Казани, Татнаркомздрава, Горздрава—дорогих гостей, ученых, прибывших на юбилейные торжества и на научную „медицинскую неделю“, подробно останавливаясь на выдающейся роли каждого из них.

Председателем научной „медицинской недели“ был единогласно избран д-р мед. К. В. Волков.

Основатель Ин-та и первый его директор, проф. Р. А. Лурья, в своем докладе „Острые алиментарные расстройства и пищевые отравления“ указал на то большое социальное значение, которое имеют у нас эти расстройства и отравления. Врачи мало знают клинику острых пищевых отравлений, а между тем эти отравления дают 4% смертных случаев. Острые алиментарные расстройства не являются пищевыми отравлениями. Их причина—острый гастрит, функциональная недостаточность желудка и др.

Особо надо отметить заболевания, относящиеся к острым алиментарным расстройствам—это так называемое аллергическое состояние желудка, это то, что называется „идиосинкразией“, т. е. когда организм не воспринимает ту или другую пищу. Сюда же надо отнести и так называемую „психическую аллергию“ (когда, например, у людей, не любящих, скажем, конского мяса и узнавших о том, что их накормили кониной, появляется рвота и т. д.). Инфекционные заболевания также нельзя отнести к пищевым отравлениям. Причина пищевых отравлений зачастую врачами неправильно распознается. Слишком часто причиной отравления считают плохую полуду котлов и медной посуды. Отчасти это верно, но не всегда. Отличительными особенностями пищевых отравлений являются: отсутствие при них длительного инкубационного периода, они обычно переносятся через плотную пищу (мясо, рыба) и они не имеют строго очерченной патолого-анатомической картины.

Проф. Лурья особо подчеркнул так называемый „ботулизм“ (рыбный, мясной, колбасный яд), относящийся к интоксикациям. Это очень сильный яд, дающий до 93% смертей, и указал, что не всегда врачи умеют правильно лечить отравления при ботулизме. Тут необходимо промывание желудка, введение сыворотки от ботулизма не только больным, но и профилактически всем, кто ел этот же продукт. Больным нельзя давать молоко, яичный белок, ибо эти продукты в желудке больного являются хорошей средой для развития микробов. Тут особенно необходимо применение животного угля.

Выступившая в прениях проф. Лепская обратила внимание на ту огромную роль, которую в пищевых отравлениях играет не только внешний фактор, но и реакция организма, и останавливается на одной из этих реакций, имеющих большое влияние на течение и на исход как пищевых отравлений, так и других расстройств желудочно-кишечного тракта, связанных со рвотой и поносом. До сих пор мало интересовались теми глубокими пертурбациями в обмене веществ, которые наблюдаются при всякой продолжительной рвоте и поносе, независимо от этиологии. Большие потери хлористого натрия со рвотой и поносом вызывают гипохлоремию, сопровождающуюся накоплением азотистых шлаков—азотемией. Возможно, что при этом наступает и расстройство кислотно-щелочного равновесия со сдвигами в сторону алкалоза. Знакомство с этими расстройствами обмена веществ представляет не только теоретический, но и большой практический интерес, ибо борьба с обеднением соли практически легко осуществляется доставкой организму соли. Важно уяснить, что те глубокие и тяжелые нарушения обмена веществ являются не только следствием рвоты и поноса. Часто, несмотря на то, что первопричина заболевания уже устранена, само нарушение обмена вызывает рвоту, которая в этом случае уже будет результатом нарушения обмена, и в дальнейшем устанавливается замкнутый круг: рвота и понос вызывают гипохлоремическую азотемию, последняя в свою очередь вызывает рвоту, а врач может порвать этот порочный круг только

тогда, когда ему известно важное значение потери соли организмом любым способом. Вооруженный этим знанием врач сумеет оценить значение этого фактора и провести рациональную терапию.

На втором пленарном заседании „недели“ были заслушаны доклады проф. Лепского, Грана и Фридланда.

В большом докладе „Что дает врачу учение о витаминах“ проф. Е. М. Лепский указал, что еще в 1881 г. д-р Луниг первый обнаружил в молоке, кроме химических составных частей, особое вещество. Через 16 лет на острове Ява Эйкман обратил внимание на то, что куры, питавшиеся тем же рисом, что и больные, поражались болезнью „бери-бери“ и нашел, что причина этого — отсутствие в пище рисовых отрубей, и если давать настойку из этих отрубей, то болезнь проходит. Во время империалистической войны почти все страны находились в условиях ограниченного питания, и вполне понятен тот большой интерес к изучению проблемы питания. За эти годы накопился большой материал наблюдений за цынгой. Во время лечения цынгу лимонной кислотой и сушеными овощами, но результаты были плохие, ибо причина цынги — отсутствие в пище витаминов (авитаминоз) — не была устранена, т. к. ни в сухих овощах, ни в лимонной кислоте нет витамина. Уже в 1912 г. стало известно, что в свежих овощах находятся противоцинготные витамины. В 1921—1922 гг. мы давали цынготным детям еловый чай, и это их быстро поправляло. Разные сорта одних и тех же ягод и фруктов могут содержать разные витамины. Найдено, что сок турнепса содержит витамин С и что его можно давать детям. Витамин С разрушается от окисления, но если фрукты, в которых он содержится, стерилизовать, например компот в консервных банках, то витамины не погибают. Венгерский ученый Сцент-Георгий получил витамин С в чистом виде, а Райхенштейн в Швейцарии получил его синтетическим путем из глюкозы. Теперь изготавливают препарат витамина С. Доказано, что витамин С не только защищает от цынги, но и оказывает влияние на дыхательные клетки. Витамин В оказался комплексом (смесью) нескольких витаминов: недостаток одного из них дает болезнь „бери-бери“ (полиневрит), отсутствие другого дает болезнь — пеллагру. И этот витамин также влияет на дыхательные клетки. При отсутствии витамина В развивается рахит. Этот витамин чаще всего встречается. Его долго путали с витамином А, который находится во фруктах. Многие и теперь думают, что рахит хорошо лечить фруктами и овощами. Витамин В находится в рыбьем жире, в тюленьем жире, в лососине и в омуле. Отмечено, что у татарских детей тяжелая форма рахита встречается втрое чаще, чем у русских.

Полагают, что одной из причин является питание. Татары раньше питались преимущественно конским салом, в котором нет витаминов, и мучной пищей, особенно овсяной мукой, в которой также нет витаминов. Витамин А широко распространен в овощах и фруктах. Отсутствие этого витамина вызывает ряд болезней (куриную слепоту и др.). При болезнях, при усиленном росте даже наличие витамина в пище может давать явления авитаминоза, ибо не хватает нужного количества витаминов. В организме имеется запас витаминов и поэтому отсутствие в пище витаминов может иногда даже до 3-х месяцев пройти незаметно. Сильное развитие авитаминоза — сложное явление и зависит от соотношения многих факторов. Как действует витамин? Найдено, что витамин А в количестве  $\frac{1}{50}$ -миллионной грамма уже оказывает действие. Витамин действует как катализатор. Теперь уже известно, что витамины это не таинственные вещества. Мы получили химически чистый витамин. У нас имеется препарат витаминноль-концентрат витамина А. Практическому врачу учение о витаминах дает возможность распознать ранние формы авитаминоза, расширяет наше представление о действии витаминов. В царской России сотни тысяч рабочих и крестьян страдали авитаминозом (цинга, куриная слепота и пр.). Теперь, с улучшением материально-бытовых и культурных условий, авитаминоз уходит в прошлое, но и сейчас еще необходимо продолжать изучение авитаминоза в связи с освоением далеких окраин и Севера.

Проф. М. М. Гран в докладе „Санитарная оборона в войне 1914—1918 гг. и будущей войне“ указал на необходимость мобилизации врачебной общественности для изучения опыта войны и санитарного обслуживания империалистической войны, чтобы встретить будущую войну вооруженными военно-санитар-

ними знаниями. Будущая война будет резко отличаться от предыдущих развитием военной техники и применением новых отравляющих веществ, бактерий и т. д.

Проф. М. О. Фридлянд в своем докладе „Перимускулярная алкоголизация как метод лечения мышечных гипертоний“ рекомендует перимускулярное введение 2—3 грамм 76% раствора алкоголя и 1% раствора новокаина больным, страдающим различными формами спастического поражения мускулатуры (от умеренных контрактур до полной активной неподвижности) вследствие инфекционного менинго-энцефалита и травматического спондилита.

На последнем пленарном заседании „недели“ были заслушаны доклады д-ра медицины К. В. Волкова (Ядрин), проф. Н. А. Шерешевского (Москва) и проф. М. А. С. Баума (Казань).

В докладе „Роль и профиль современного врача-лечебника“ доктор Волков указал на основные вехи перестройки советского здравоохранения. ЦК нашей партии чутко учитывает каждое слабое звено на широком фронте социалистического строительства и всегда уделяет ему особое внимание. Программа 2-й пятилетки предъявляет врачу ряд требований и, в первую очередь, требует философского вооружения. „Без солидного философского образования никакие естественные науки, никакой материализм не может выдержать борьбы против натиска буржуазных идей“ (Ленин). Философия стихийно врывается в современную медицину—в патологию и терапию в смысле познания и воздействия на организм больного, как на единое целое, как на непрестанно изменяющую, координированную и субординированную систему подвижного равновесия. Надо бороться с теми „левацкими загибами“, имевшими раньше место, когда говорили об отмирании врача и о том, что врач, вместо бесполезного шпопанья индивидуалистической лечебной медицины, станет организатором социалистического производства. Роль лечащего врача выступает теперь как почетная роль „инженера человеческой механики“. „Врач это специалист (пишет в „Правде“ тов. Заславский), необходимый государству не в меньшей степени, чем инженер любой специальности“. Главная роль врача-лечебника—лечить больных. В условиях буржуазной медицины врач, как бы он ни был демократичным, всегда оставался „баринком“, а иногда „добрым баринком“. Седом этого нет. Но живы еще старые психологические навыки. Наряду с самоотверженной, героической работой врачей, обнаруживались такие безобразные факты, как история „23 дней“, как возмутительный случай в Арзамасской больнице. Наряду с энтузиастами, местами в больницах еще гнездится бюрократизм, бездушное, черствое отношение к больному. Есть ретивые исследователи, которые не отличают больного от подопытного кролика, делают операцию, когда не надо, лишь бы „набить руку“. Больных осматривают наспех. Узко и мелко понятая „коллегальность“ создает подустительство и пассивных соучастников творящих безобразий. В своей массе врач города и деревни не может похвастаться высокой культурой. Причины, породившие некультурность, сейчас исчезли, но последствия еще остаются. Для внутренней культуры общего профиля не существует. Каждый врач имеет историю своего развития, на протяжении которой изменяется его профиль. Мы не готовим теперь в медресах врачей узких специалистов. Современная жизнь и быт в колхозах требуют от врача-лечебника широкой, равномерной осведомленности во всех областях медицины. Получая научные командировки, врач постепенно совершенствуется. Научно-исследовательская работа есть неотделимый элемент практики врача и является тем, что отличает медицину от так называемого фельдшеризма. Фельдшеризм свойственен не только фельдшеру, но часто и врачу. Врач должен теоретически мыслить, анализировать факты и оформлять данные анализа в рабочую гипотезу. Врач должен осознавать, что атмосфера международных отношений требует особой заботы об обороноспособности социалистической родины.

Для решающего последнего боя Красная Армия должна быть и будет обеспечена врачами.

Проф. Н. А. Шерешевский (Москва) в своем блестящем и содержательном докладе. „Вопросы клиники эндокринного аппарата“ разгнул новейшие достижения науки по регуляции желез внутренней секреции и очень подробно остановился на огромной роли мозгового придатка.

Проф. М. И. Маастбаум сделал доклад на тему „Рационализация умственного труда врача“. Докладчик указал, что основой рационализации умственного труда является система и плановость в занятиях и тренаж ассоциативных

путей. Постоянное упражнение ассоциативных путей укрепляет память, обобщает опыт, тренирует комбинаторные способности. Последние особенно важны для врача, от комбинаторских способностей которого зависит быстрота в разрешении диагностических и терапевтических задач и оригинальность мышления.

Широко были развернуты и работы секций. Работали следующие секции: Хирургическая, Терапевтическая, Педиатрическая, Офтальмологическая, Туберкулезная, Акушерско-гинекологическая, Кожно-венерологическая и Ото-рино-ларингологическая.

На заседании *Хирургической секции* были заслушаны четыре доклада и две демонстрации.

Проф. В. А. Гусьнин в докладе „Резекция соесі, как операция выбора при завороте слепой кишки“ сообщает о 12 случаях резекции соесі по материалам клиники военно-полевой хирургии. Показанием к операции удаления слепого мешка при заворотах автор считает хронические перивисцериты, периколиты, приводящие к острому параличу правого отдела толстых кишек. Одновременная резекция всего измененного участка с наложением латеро-терминального анастомоза под местной анестезией по методу проф. А. В. Вишневого, нередко с последующей трансфузией крови, обеспечивает успех операции почти во всех случаях.

И. Ф. Харитонов доложил о „Нервно-троф. компоненте в течении перитонитов“. На материале факультетской хирург. клиники проф. А. В. Вишневого докладчик касается вопроса о лечении гнойных перитонитов новокаиновым блоком. Гнойные перитониты полутора, двух и трехдневной давности, дающие, как правило, 100% смертность, почти во всех приведенных автором случаях, резко изменяют свое течение, если они оперируются по способу тугого ползучего новокаинового инфильтрата. Обратное развитие перитонитов с благоприятным исходом у 10 больных с тяжелыми септическими явлениями, по мнению автора, находят себе объяснение в могучем влиянии анестезирующего раствора на трофику брюшины и нервно-брюшного аппарата.

Л. И. Еляшевич сообщает об „Аутотрансфузии крови в борьбе с послеоперационным шоком“. Наблюдения хирург. клиники им. проф. Боголюбова за лечением послеоперационного шока переливанием ауто-консервированной крови. Клиника сумела проверить предложения проф. Н. Н. Бурденко пользоваться собственной кровью больного для лечения послеоперационного шока. На основании 40 наблюдений, автор приходит к следующим выводам: Кровь у больных до операции не возмещается полностью. Больные нередко лишаются собственной консервированной крови из-за возможности ее загрязнения. Метод удорожает стоимость койко-дня из-за длительных сроков выжидания полной регенерации крови у до того ослабленных больных.

Н. Х. Ситдилов делится двумя случаями иммиграции инородных тел в мочевой пузырь. Первый случай касается больного, получившего огнестрельное пулевое ранение в подмышечную впадину. Пуля прошла через подкожную клетчатку к симфизу и после нагноения околопузырной клетчатки с образованием мочевого свища, оказалась в полости vesicae urinariae. Другой случай имел место у женщины с параметральным абсцессом, леченным дренажем. Кусок резинового дренажа спустя несколько месяцев был обнаружен в полости мочевого пузыря.

Доц. Ю. А. Ратнер демонстрировал больную с пегесадкой сальника (от оперированной больной) на кожный дефект головы, после иссечения злокачественно перерождающегося атероматоза в области правой теменной кости. Полное приживление трансплантата и быстрое разрастание грануляций у больной 70 лет позволяет углубить эксперимент путем массовой постановки опытов на животных.

Л. Еляшевич продемонстрировал препарат удаленной полипозной аденомы желудка (резекция) у больного, оперированного докладчиком по случаю язвы желудка. Аденома не была диагностирована до операции, несмотря на ее солидные размеры, ни хирургом, ни рентгенологом, подвергавшим больного шестикратному рентгенологическому обследованию. Больной работоспособен.

*Терапевтическая секция* заслушала шесть докладов.

Яльцев и Потехин сделали доклад на тему „Рентгенотерапия гриппозных заболеваний“. На основе наблюдений ряда авторов о благотворном действии

рентгеновских лучей на воспалительные процессы, кафедра рентгенологии Ин-та приступила к экспериментам и клиническим исследованиям терапевтического действия рентгеновских лучей при острых и хронических инфекциях у человека и животных. Докладчики представили предварительное сообщение об одной части этих исследований действия рентгеновских лучей при гриппозной инфекции. Материал авторов представлял собой 50 больных, подверженных клинически, главным образом, в стадии хронического гриппа, у которых 1—3 освещений грудной клетки по методике, предложенной проф. Гасуль, давали беспорочное улучшение состояния и сдвиг к разрешению гриппозного процесса. Результаты терапии проверялись рентгенологически и клинически. Дифференциальный анализ гриппа, исключение источников ошибок при оценке результатов лечения, дали возможность прийти к выводу, что рентгенотерапию при хроническом гриппе малыми безвредными дозами следует применять гораздо шире во врачебной практике.

Доц. Л. М. Рахлин и доц. А. Я. Плещицер в докладе „Электрокардиографические наблюдения над лыжниками“ отметили, что они нашли большие изменения электрокардиограммы при состязательной, спортивной нагрузке. Авторы ставят их в связь с обменом.

Реферат доклада М. Э. Винникова и М. Г. Денисовой „Аллергические моменты при дямблиозе“ не представлен.

Доц. А. И. Миркин доложил об „Основном обмене и специфически динамической функции при перегревании при „кислой“ и „щелочной“ диете“. На морских свинках, посаженных на „кислую“ и „щелочную“ диету, автор исследовал газообмен при перегревании не прямым путем, по методу проф. Пашутина. Чтобы усилить действие „кислой“ и „щелочной“ диеты, свинки кормили, добавляя через рот *natrii bicarbonici* и *acidi citrici*. При перегревании первой стадии без ацидоза и алкалоза дыхательный коэффициент получался за счет уменьшенного поглощения кислорода и увеличенного выделения угольной кислоты. Перегревание с усиленным подвозом углеводов давало в половине случаев повышение дыхательного коэффициента за счет уменьшенного потребления кислорода и усиленного выделения угольной кислоты. При перегревании и алкалозе дыхательный коэффициент понижается за счет усиленного поглощения кислорода и в меньшей степени—усиленного выделения угольной кислоты. Специфически динамическая функция „щелочной“ диеты повышалась. При перегревании и ацидозе дыхательный коэффициент уменьшается. Потребление кислорода и специфически-динамическая функция при „кислой“ диете понижается. При перегревании с ацидозом прибавка глюкозы ведет к увеличению дыхательного коэффициента за счет усиленного выделения угольной кислоты и уменьшенного потребления кислорода. Специфически динамическое действие при этом уменьшается.

Реферат доклада К. Г. Александрова „Реакция Вейль-Феликса в клинике сыпного тифа“ не был представлен. Также не представлен реферат доц. Л. Н. Клячкина „Ультра-фиолетовая эритема в клинике некоторых острых заболеваний“.

На *Педиатрической секции* были поставлены три доклада.

В своем докладе „Синтетические препараты против малярии у детей“ М. А. Акчурина указала, что лечение малярии плазмодидом было проведено на 16 больных, акрохином на 22 больных. Наблюдения показали, что плазмодид, без прибавления к нему хирина, действия не оказывает. Хороший эффект давал плазмодид при тропической форме малярии. Акрохин давал хорошие результаты: у больных через 3—4 дня от начала лечения снижалась температура, сокращалась селезенка и исчезали из крови плазмодии. Наблюдения показали, что одного курса лечения акрохином в течение 5 дней недостаточно. Необходимо провести еще один курс лечения с промежутком в 10 дней.

Г. А. Хаин сделала доклад на тему „Околоцитовидные железы и рахит“. Опыты имели целью проверить объем паразитовидных желез при экспериментальном рахите у крыс при рахитогенной пище, богатой Са. Был определен объем паразитовидных желез у 14 здоровых крыс и у 19 рахитичных. Оказалось, что у рахитичных крыс при даче пищи, богатой Са, имеется явное уменьшение паразитовидных желез. Проверены также изменения желез при рахите, вызванном рахитогенной пищей, бедной Са. Под опыт было поставлено 9 крыс, причем оказалось, что у них паразитовидные железы дали увеличение подъема.

При излечении рахита железы не увеличиваются, если количество Са в пище остается высоким. Если же оно уменьшается, при прочих равных условиях, то железы имеют тенденцию к увеличению. Изменение размеров парацитовидных желез зависит не от рахитического процесса, а от количества Са пищи. Автор приходит к выводу, что парацитовидные железы не играют ведущей роли в патогенезе рахита, но оказывают влияние на рахитический процесс, принимая участие в регуляции минерального обмена.

Г. С. Тямина сделала доклад на тему: „Витамин Д в жирах и некоторых пищевых продуктах“ (реферат не представлен).

*Офтальмологическая секция* имела 6 докладов и 2 демонстрации. А. В. Чубуков в своем докладе „Распространение трахомы в Татарии“ привел суммированные данные материалов обследования населения ТР на трахому глазами отрядами и участковыми врачами за последние годы. Процент трахомы в ТР значительно ниже процента трахомы в дореволюционной е время.

Н. И. Блудштейн-Неворожкина доложила о „Ретикуло-эндотелиальной системе глаза“. К. А. Гафарова доложила „О туберкулезе конъюнктивы“ (с демонстрацией больной). Д-р Шишкин продемонстрировал больных с внутриглазным инородным телом 19-летней давности. Ф. С. Котельников (прикомандированный врач) продемонстрировал близкую с амблиодем конъюнктивы. М. Г. Кулахметьева доложила „Об операции энтропиона по Иванову и о ее отдаленных результатах“.

Проф. А. Н. Мурзин сделал доклад на тему „Герпес зостер офтальмикус“.

О. И. Старостина сделала доклад на тему: „К вопросу о содержании лизоцима в слезной жидкости при трахоме и ее осложнениях“.

*Туберкулезная секция* заслушала один доклад доц. В. Л. Мазура: „Новые данные о возбудителях туберкулеза и лечение антивирусом железистых форм туберкулеза“. Основной сдвиг, который произошел в области микробиологии, состоит в том, что бактериологи отступились от иммерсионной системы и детального изучения отдельных особей и перешли на изучение огромных скоплений микробов-колоний на плотных питательных средах, видимых простым глазом. В результате детального изучения удалось определить основные типы этих колоний и установить, что тот или иной вид колоний является отображением изменчивости микробов. Западно-европейские ученые с трудом приняли учение об изменчивости и замкнули это учение в рамки цикличности и предопределенности. „У наших западных коллег изменчивость совершается по кривой, имеющей форму круга, мы тоже признаем круг, но с той разницей, что у буржуазных ученых начальная и конечная точка круга лежит в одной плоскости, у нас в разных плоскостях. Отсюда понятно, что хождение по буржуазному кругу—это шествие по манежу, движение по нашему кругу—это подъем по спирали в высь, в неизведанные области“. Результатом движения по спирали явилось открытие „синего“ варианта и атуберкулинового антивируса—ценного средства для лечения железистых форм. Демонстрацией снимков излеченных больных закончился доклад, вызвавший живой отклик среди присутствующих.

*Акушерско-гинекологическая секция* заслушала 4 доклада.

Проф. П. В. Маненков сделал доклад „Как лечить миому матки: рентгеном или операцией“ (доклад сдан в печать и выйдет в Каз. Мед. журнале).

Выступавший в прениях по докладу проф. Горизонтов указал, что оба метода равноценны, но к лечению лучистой энергией следует относиться осторожно. Сам он не применяет рентгенотерапии до 45-летнего возраста при больших фибромиомах и при подслизистых фибромиомах. По мнению проф. Ю. А. Нейбачи как рентгенотерапия дает серьезные осложнения при больших миомах в климактерическом возрасте, давая тяжелые явления выпадения, и он применяет ее только в неоперабельных случаях.

Д-р К. В. Волков говорит о том, что при совершенстве современной хирургической техники, оперативное удаление миомы неопасно, а рентгенотерапия с материальной точки зрения значительно дороже, и автор применяет обычно только оперативный метод.

Проф. И. Ф. Козлов указывает, что рентген выгоднее, чем оперативный метод, но каждый случай следует индивидуализировать.



Проф. В. С. Груздев считает, что вопрос ясен и что оба способа лечения заслуживают применения в известных случаях. По его мнению, преимущество все-таки за оперативным методом. Участковый врач может применить широко нож и не всегда имеет рентген. Кроме того, рентген требует длительного, гибкого наблюдения, что иногда невозможно в наших условиях.

Проф. Н. И. Горизонтов сделал доклад „О пересадке мочеточников в прямую кишку при неоперабельных свищах женского мочепоолового аппарата“. Докладчик изложил свой материал, охватывающий 17 случаев неоперабельных мочепооловых свищей у женщин, приходящихся на 108 случаев фистулезного материала (15,7%). 11 больных были оперированы по способу Тихова, из них умерло 2; 6 б-х по способу Мейо-Коффей № 1, из этих больных умерла одна от перитонита. Общая смертность 17,6% (из 17—трое). Из 14 поправившихся и получивших хороший результат в послеоперационном периоде четверо больных имели пивazo-нефрит, но потом поправились. Послеоперационная анурия длилась не более 3—6 часов, поносы наблюдались во всех случаях, но не были сильными. Брюшная стенка зашита во всех случаях ригидит. Отдаленные результаты известны в 5 случаях через 1—2 года после операции. Через год одна умерла от уро-сепсиса, другая начала страдать им, трое больных были здоровы. У двух больных через 2 года после операции была произведена ректо-моноскопия, обнаружившая легкие катаральные явления кишечной слизистой. Докладчик приходит к выводу, что производство этой операции показано при свищах только неоперабельных. Среди хирургических способов эта операция является наилучшей. Лучшим способом оперирования является способ Мейо-Коффей № 1.

Доклад проф. Ю. А. Лейбчик „О пересадке мочеточников в прямую кишку по способу Мейо-Коффей“ представил большой интерес. Автор изложил 10 случаев оперированных им по указанному способу. В 2 случаях он оперировал односторонне и в 8 случаях двусторонне. Автор имел 4 случая уро-генитальных свищей травматического характера, 4 случая неоперабельных свищей и 2 случая пересадки при раке шейки матки при радикальном удалении матки и мочевого пузыря. Из 10 б-х умерло 3. Автор высказывается за первую модификацию Мейо-Коффей и именно за одномоментное оперирование, считая этот метод операции выбора при неоперабельных пuerперальных и др. травматических свищах. В технике операции подчеркивает, как технически важный момент, вскрытие слизистой кишки при помощи Пакелена или электрокаутера, что почти, как правило, исключает отделение крови с мочей в первые 3—5 дней.

В своем докладе „К методике и технике трансперитонеального брюшно-стеночного кесарского сечения“ проф. П. В. Занченко приходит к выводу, что для эффективности предложенных методов и техники кесарского сечения необходима классификация, строго базирующаяся на анатомо-топографических данных. Основной группировкой кесарских сечений является подразделение их на корпоральные, истмикальные и цервикальные. Брюшно-стеночное кесарское сечение с рассечением стенки матки вне полного мускула, дает меньший процент материнской смертности и разрывов матки при последующих беременностях. Истикальное кесарское сечение является операцией выбора, т. к. при нем не травмируется мочевой пузырь и сохраняются все преимущества кесарского сечения вне полого мускула. Для обеспечения необходимого доступа к плоду без вовлечения в разрез соседних отделов матки, рассечение стенки перешейки (нижнего сегмента) должно быть в поперечном направлении, т. к. продольный разрез его часто является недостаточным и требуется продолжение разреза на тело или шейку матки. Разъединение мышечных кусков нижнего сегмента тупым путем верно обеспечивает от излишней потери крови, т. к. ускользают от ранения крупные кровеносные сосуды, имеющие здесь горизонтальное направление. Отшедшие воды и подозрения на инфекцию не являются противопоказанием к истмикальному трансперитонеальному кесарскому сечению.

На *Кожно-венерологической секции* были поставлены 4 доклада: доклад проф. Я. Д. Печникова „Роль некоторых хронических инфекций в клинике кожных и венерических болезней“, И. С. Бейраха „Физиотерапия в клинике гонорей“, прикомандированного врача И. М. Лифшица „Опыт лечения недержания мочи питуитрином“ и доклад прикомандированного врача М. И. Кальфа „Рентгенотерапия в борьбе с грибковыми заболеваниями в районе“.

На заседании *Ото-рино-ларингологической секции* были прослушаны три доклада.

Проф. В. К. Трутнев и К. Р. Викторов сделали доклад на тему: „К физиологии верхних дыхательных путей“. Значение носового дыхания, которое хорошо известно в отношении согревания и очищения вдыхаемого воздуха, нужно расширить в том направлении, что здесь осуществляется особый, до сего времени не учитываемый, дыхательный рефлекс со стороны чувствительных окончаний тройничного нерва с очень обширным, распространенным комплексом эффектов. Сравнение вентиляции легких при носовом и трахеальном дыхании показало, что при дыхании через трахеотубус она снижается до 30%. Это заставляет думать, что главной причиной является уменьшение возбуждения дыхательного центра от включения раздражения окончаний тройничного нерва в носовой полости. Ослабление вентиляции легких при дыхании через рот или трахеотубус, в сравнении с носовым, влечет за собой уменьшение артериализации крови. Благодаря этому рефлексу носовое дыхание поддерживает кровяное давление на нормальной высоте. Очевидно, рефлекс тройничного нерва передается на периферические сосуды. Это же положение подтверждается опытами с измерением внутричерепного давления в зависимости от типа дыхания, при которых трахеальное дыхание понижало внутричерепное давление с исчезновением его колебаний. Чрезвычайно интересны работы по обследованию состояния обмена веществ при различных типах дыхания и серия работ о всасывающей функции слизистой. Все вышеупомянутые факты имеют также и практическое значение.

В докладе „Субарахноидальное введение туши при различных типах дыхания“ доц. В. А. Чудинов советует приводить суммарные данные ряда экспериментальных работ с субарахноидальным введением туши, проведенных им совместно с проф. Кругловым, врачами Мошиным и Бобровским. Было проведено 123 эксперимента, заключавших 65 опытов на трунном человеческом и животном материале, 12 с острым и 11 с длительным трахеальным дыханием, а также 15 со смешанным и 10 с исключительно носовым дыханием. Введение туши производилось по методу Швальбе. В результате инъекции оказалось, что при исключительном носовом дыхании лимфатическая система носа и глаза чрезвычайно слабо наполняется. Мертвый материал и трахеальное дыхание в остром опыте дает интенсивное наполнение, между тем длительное трахеальное дыхание занимает среднее положение. Автор приходит к выводу, что тип дыхания имеет громадное значение и безусловно отражается на состоянии лимфатической системы носа и глаз.

Н. А. Бобровский сделал доклад „Колебание остаточного азота крови при различных типах дыхания“. Вопрос о влиянии типа дыхания на остаточный азот крови не изучен. Автор сообщил о собственных наблюдениях на клиническом материале и на опытных животных, собаках. Было проведено 101 определение остаточного азота крови у 53 больных и 23 исследования на 9 собаках. Определение остаточного азота производилось по микро-Кьельдалю, осаждение белка по Ф мину вольфрамово-кислым натрием. Больные помещались в стационар, соблюдался пищевой режим, производилось исследование мочи на белок, взятие крови проводилось утром натощак. Клинический материал включает 12 человек с нормальным носовым дыханием, 26 чел. с хроническим затрудненным носовым дыханием, 5 чел. чисторотового дыхания, 10 чел. с хроническим трахеальным дыханием. Исследования показали: краткосрочные выключения носового дыхания на 24—48 ч ов дают незначительное в пределах нормы и не постоянное (в 63%) повышение остаточного азота в крови. При хроническом затруднении носового дыхания количество остаточного азота в крови находится в пределах нормы. При полном хроническом выключении носового дыхания количество остаточного азота в крови повышено в среднем до 52%. При хроническом трахеальном дыхании количество остаточного азота также повышено. Оперативное пособие, восстанавливающее носовое дыхание, ведет к снижению остаточного азота в крови лишь по истечении большого срока (4—5 недель) после операции. Краткосрочное переключение трахеального дыхания на носовое и обратно резких колебаний остаточного азота в крови не вызывает.