

Pièri. *Болезненные точки эпигастральной области при болезнях желудка.* (Arch. des malad. de L'Appar. digest. et des malad. de la Nutrition, № 4, 1935). Автор наблюдал у 504 желудочных больных резко болезненные точки при пальпации. Он установил, что топография этих точек более или менее постоянна, что позволяет установить их обычную локализацию. Эти болезненные точки (средне-эпигастральные, желудочные, пилоро-дуоденальные, гастроюнальные) определяются автором при всех желудочных страданиях. Сопоставляя наблюдения, можно полагать, что наличие различных болезненных точек может представлять фактор, с которым следует считаться при диагностике гастропатий, в частности язвы. *Е. Ауслендер.*

Zeitlin. *Лечение язвы желудка рентгеном.* (Radiology, № 4, 1934). Каждый случай язвы желудка должен индивидуально изучаться и лечение должно соответствовать типу язвы, развитию ее, реакции на лечение, возрасту и общему состоянию больного. Положение о немедленном вмешательстве при язве желудка не должно иметь места на уровне современных знаний. Рентгенолог должен быть способен определить патолого-анатомическое состояние язвы, а не должен только довольствоваться постановкой диагноза. Правильное рентгенологическое исследование должно указать в большинстве случаев—в каком состоянии находится язва: острая или хроническая, пенетрирующая или неактивная. Отсутствие язвы на операции, после того как б-ной пролежал в постели несколько недель, не доказывает ошибки в диагнозе. Язва может легко зарубцеваться и совершенно отсутствовать через четыре недели. Пальпация б-ных, у которых рентген обнаружил нишу, должна быть сугубо осторожной, чтобы не случилось травматического разрыва. *Е. Ауслендер.*

Distefano. *О патогенезе послеоперационной язвы.* (Arch. des malad. de l'Appar. digest. et des. malad. de la Nutrition, № 4, 1935). В течение первого периода, следующего за гастроэнтеростомией, дегенеративные процессы доминируют над пролиферативными, в частности, в слизистой оболочке. Со стороны брыжины наблюдаются первые спайки между желудком и кишкой. В гистологических срезах кусочка старых анастомозов наблюдается полное восстановление слизистой. Во всех тех случаях, когда восстановление слизистой не произошло полностью, имеется разрастание соединительной ткани. Автор приходит к выводу, что послеоперационные язвы появляются вследствие тех же причин, что и первичные язвы. *Е. Ауслендер.*

4) Судебная медицина.

Léonid Ribeiro. *Патология дактилоскопических оттисков.* (Prèsse Médicale, № 9, 1935 г.). До настоящей работы все авторы, изучавшие вопрос о дактилоскопии, утверждали, что отпечатки пальцев постоянны в течение всей жизни и ни одна болезнь неспособна их изменить. Автор изучая серию больных в Рио-де-Жанейро и пришел к заключению, что проказа способна изменить и даже совершенно разрушить рисунок дактилоскопического оттиска. Принимая во внимание, что только в одной Бразилии 30,000 лепрозных больных, а на всем свете их 5 миллионов, то это обстоятельство все же представляет определенный интерес.

Автор сделал оттиски пальцев у 300 прокаженных всех стадий и наблюдал в 80% изменения в рисунках оттисков. Легко понять изменения оттисков у больных, у которых имеется нарушение в нервных стволах с анкилозами и вторичными атрофиями, с язвами, рубцами и искажениями кончиков пальцев, но особый интерес в том, что такие же изменения наблюдались в оттисках больных без всяких видимых изменений кисти и пальцев. В таких случаях производилась биопсия с последующим гистологическим исследованием и обнаружены были местные воспалительные процессы с инфильтрацией. Из таких участков выделялись обычно бактерии Ганзена. Сравнивая эти оттиски с оттисками этих же субъектов, снятых за несколько лет до заболевания в институте идентификации, можно было убедиться, что в то время ничего патологического в оттиске не было; в других случаях можно было наблюдать обратное—после лечения инъекциями шольмогры измененные проказой оттиски возвращались к норме. Поражения начинаются чаще всего белыми линиями, пересекающимися поперек рисунок сосочков и имеющими всегда приблизительно один вид, так что это дает возможность для ранней диагностики проказы посредством дактилоскопии во

всех подозрительных случаях в целях профилактики и терапии. Кроме того, автор пришел к заключению, что есть и другое заболевание, искажающее дактилоскопический оттиск—это склеродермия и, в частности, склеродермия пальцев, при чем изменения эти очень четкие и резко отличаются от изменения рисунка при лепре. Следовательно, имеются заболевания, которые могут мешать установлению тождества одного и того же лица дактилоскопией. Взяв под наблюдение ряд рентгенологов, автор у многих из них наблюдал изменения дактилоскопического оттиска. Благодаря этому возникает мысль о возможности искусственно изменять дактилоскопические оттиски рентгеном, что должно иметь большое значение для суда. В заключение автор считает, что надо изучать заболевания, ведущие к изменениям в оттисках, и надо выяснить, ведут ли к таким же изменениям поражения спинного мозга, например, бывают ли такие же изменения при сирингомиелии, как и при неврогенной лепре. Если в одном случае их нет, а в другом они имеются, то дифференциальная диагностика этих 2-х заболеваний была бы значительно облегчена. Е. Ауслендер.

Jan kovich i Ineze. *Гистологические изменения в мозгу при остром отравлении щелоком.* (D. Ztschr. f. gesam. gericht. Med., 1935, т. 24, кн. 2/3). Отдаленное действие отравлений щелоком выражается не только в изменениях в печени и легких, но и в мозгу. Автор гистологически исследовал мозг в 12 сл. остро отравления щелоком. Время, прошедшее с момента отравления до смерти, было в 9 сл. от 2 до 20 час., в 1 сл.—2 дня, в 1 сл.—3 дня и в 1 сл.—44 дня. Макроск. со стороны мозга найдена гиперемия мягких мозговых оболочек, отек мозга. Из найденных в мозгу микроскоп. изменений автор рассматривает повреждение сосудов и поражение ядер как непосредственное последствие отравления. Часть паренхиматозных изменений наблюдается, вероятно, и при несмертельных отравлениях щелоком. Т. Шарбе.

Заседания медицинских обществ.

Научная медицинская ассоциация АТССР.

Хирургическая секция.

Заседание 21 мая 1935 года.

1. Д-р Ситдигов демонстрировал больного *после операции по поводу камня почки.* Во время операции (доц. Ю. А. Ратнер) была обнаружена подковообразная почка, нераспознанная до операции. Оператор ограничился удалением камня; обнаруженная аномалия сама по себе никаких болезненных явлений не давала. *В прениях* проф. Гусынин и доц. Ратнер поделились впечатлениями о своих случаях, подчеркивая возможность дооперационного распознавания подковообразной почки.

2. Д-р Вяселев демонстрировал препарат *удаленной опухоли головного мозга.* Больной Г., 22-х лет, колхозник, 22/III 1935 года поступил в нервное отделение Областной советской больницы с явлениями резких головных болей, сопровождавшихся рвотой, эйфорией, ослаблением памяти, левосторонней гемиплегией и понижением всех видов чувствительности слева. Коленный и ахилловый рефлексы слева—повышены; клонус чашечки и стопы слева; подошвенные рефлексы справа—в норме, слева—отсутствуют. Симптомы Бабинского, Жукковского, Чурьева—с обеих сторон. *Глазное дно:* резко выраженный neuritis oedemat. n. n. opticorum с явлениями атрофии. Visus os. d.—0, os. s.—0,6. Диагноз (А. М. Молчанова)—опухоль мозга, расположенная базально.

7/IV в Госпитальной хирургической клинике мединститута больному произведена под местной анестезией (1/4% новокаин) операция (проф. Н. В. Соколов). При трепанации в лобно-височной, отчасти теменной, области справа, обнаружена опухоль, интимно связанная на небольшом участке с прос. falciformis dur. mat. Опухоль удалена целиком. Размеры ее: длина 11, ширина 9, высота 4 см. Гистологическое исследование опухоли—endothelioma. Послеопера-