

этого приступы ревматизма с эндокардитом повторялись несколько раз. У четвертой больной, 19-ти лет, жалобы на сердцебиение, одышка при ходьбе, предсистолически-систолический шум у верхушки, акцент 2-го тона легочной артерии. Развившиеся лакуны в нерезко увеличенных миндалинах. Диагноз — доброкачественный эндокардит, подострый тонзиллит. Во всех случаях ставится диагностика эндокардита без всяких пояснений. Далее во всех случаях применяется хирургическое лечение, после чего в состоянии больных наступает некоторое улучшение. Авторы приходят к заключению, что во всех случаях они имеют дело с подвидом острого ревматизма (ревматическ. кардита), однако эта часть изложения очень кратка и ссылка авторов на статью одного из них звучит как-то странно. Согласиться с распознаванием очень трудно. Второй случай протекает очень характерно, сердечные явления прогрессируют. В этом случае не наступило никакого улучшения. Что сказать относительно остальных 3-х случаев? Нельзя, конечно, отрицать того, что у них сердечные расстройства тоже, быть может, развились на почве ревматизма, однако уверенности в этом диагнозе нет никакой и потому ставится под очень большое сомнение все те выводы, которые делают авт. Где же течение болезни, напоминающее те случаи, когда в миокарде появляется ашофская гранулема и постепенно развивается склероз? Менее всего, кажется, в подобных случаях можно было бы думать о доброкачественном эндокардите. Как правило ревматический эндокардит протекает довольно тяжело. Согласимся с авт., что природа этих эндокардитов действительно ревматическая, но какая же связь с поражениями миндалин? Всем больным сделана операция, у всех наступило улучшение, но почему же думать, что между этими двумя явлениями имеется причинная связь? С такой же доказательностью можно было бы утверждать, что улучшение наступало от других причин. Так что можно, конечно, предположить, что все эти эндокардиты ревматического происхождения и ревматический процесс во всех 4 случаях находится в какой-то, очень неясной связи с поражением миндалин, но допустимо ли такое обилие предположений? Из приведенных наблюдений можно сделать только одно заключение: у всех 4-х больных одновременно с поражениями сердца имеются изменения миндалин. Существует ли связь между тем и другим? Ослабление сердечных явлений наводит на мысль о возможности причинной зависимости между сердечными (ревматическими) поражениями и страданием миндалин. Вот и все. Таким образом, в этих наблюдениях нет такого материала, который мог бы сдвинуть этот очень неясный вопрос с мертвой точки. Ясно, что нужен какой-то другой подход.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Общие заседания.

Заседание 4 марта 1930 г.

1. Д-р Н. В. Бусыгин. *Пересадка глаз, взятых от трупа* (экспериментальное исследование). Докладчик, ознакомив с литературой по вопросу о трансплантации глаз, отметил отсутствие указаний на пересадку глаз, взятых от трупа. Главным фактором гибели пересаженных глаз у животных является, как показали опыты докладчика, травма, поэтому вопрос о трансплантации может быть разрешен только гомопластическими операциями, произведенными на человеке (применяемая до сих пор гетеропластика глаз, по понятным причинам, не дала результата). Материалом, конечно, могут быть только глаза свежих трупов или мертворожденных младенцев. Докладчиком сделано было в физиологической лаборатории у-та 48 опытов, из них в двух глаза хорошо анатомически сохранились (прозрачная роговица, живая радужка, достаточная подвижность) в течение одиннадцати дней. Глаза пересаживались от убитых кошек, кроликов, собак через 2 часа после смерти того же вида животным. Пересаженный глаз, как и всякое инородное тело, вызывает в окружающих тканях прилежащей к нему области реактивное воспаление с типичным образованием грануляционной ткани, развитием новообразованных капилляров. Демонстрированные препараты (глаза через 11 дней после пересадки) показывали: развитие новообразованных капилляров, в прилежащих к трансплантату частях, вполне сохранившуюся склеру, сосудистая

оболочка с сильно расширенными сосудами частью заполненными гомогенными массами, а некоторые *содержат кровь*. В сетчатке ядерные слои сохранены.—Прения: Пр.-доц. Гасуль, д-р Поза, проф. Васильев, д-р Виленский.

2. Л. И. Виленский. *К учению о прижизненной окраске ретикуло-эндотелиальной системы у экспериментальных животных*. На основании исследования 267 животных различных видов (кролики, крысы, свинки, белые мыши, белые крысы и собаки) прижизненной окраской *truanblau*, *ryrgholblau*, кармином и колларголом автор приходит к следующим выводам: 1) Прижизненной окраской обладают все активные клеточные элементы индифферентной соединительной ткани, сохранившей эмбриональные свойства мезенхимы. 2) Учение *Aschoffa* в свете интравитальной окраски, должно быть расширено, как учение об активной мезенхиме, разбросанной по всему организму, но объединенной общими физиологическими свойствами. 3) Процесс постепенного поглощения коллоидной краски в отдельных элементах ретикуло-эндотелиальной системы имеет определенную закономерность, совершенно одинаковую у различных животных. 4) Наиболее чувствительным органом по резорбции коллоидной краски является печень и костный мозг. 5) Селезенка воспринимает краску очень неравномерно: то чрезвычайно сильно, то при тех же условиях опыта остается неокрашенной. 6) Наибольшей адсорбционной способностью отличается селезенка кроликов, наименьшей—собак, у которых поглощение наступает после многократного впрыскивания краски. 7) Подгрудный узел, в согласии с *Lubagshem*, должен быть отнесен к ретикуло-эндотелиальной системе. 8) Количество краски, при введении которой получают первые следы ее в *R. E. S.*, а также достаточное поглощение, различно у отдельных видов животных, зависит от способа введения красящего вещества и его физико-химического состава.—Прения: профф. Горяев, Рухлядев, Васильев и пр.-доц. Гасуль.

Заседание 18 марта 1930 г.

1. Д-р С. И. Шерман. *Недостатки таблеток, изготавливаемых Татмедторгом по стандартным рецептурным формулам*. Доклад печатается в настоящем № „журнала“. В прениях приняли участие многие из присутствующих (профф. П. К. Горст, В. М. Соколов, инспектор ТМТ Каждин и др.), причем в результате обмена мнениями было высказано пожелание о выделении О-вом врачей комиссии для разработки поднятых в докладе вопросов. Проведение в жизнь этого постановления поручено Президиуму О-ва врачей¹⁾.

2. Прив.-доц. С. А. Флеров. *К вопросу о „тотальной“ резекции толстых кишек*. Демонстрирована больная, которой проф. А. В. Вишневским 1 г. 3 м. тому назад произведена полная резекция толстого кишечника с анастомозом между подвздошной кишкой и нижней частью *fl. sigmoideae*. Анестезия инфльтрационная (1700 куб. $\frac{1}{4}\%$ новокаина) по методике проф. А. В. Вишневского. Больная чувствует себя прекрасно. Неподдававшиеся лечению запоры, из-за чего и была предпринята операция, прошли. Прибыла в весе на 10,5 к. Операция редкая (*Dane*—50 случ. с 8,8% и *Rauchef*—15 случ. с 6,6% смертности). Инфльтрационная анестезия применена проф. А. В. Вишневским при означенной операции второй раз (первая больная перенесла операцию тоже благополучно). Что же касается значения этой операции, то оно должно быть велико, поскольку дело касается проблемы борьбы с исходящей из пришедшего в негодность толстого кишечника аутоинфекцией и аутоинтоксикацией, борьбы с преждевременной изношенностью и смертью организма.—Прения: Д-ра Гомаев, Шерман, проф. Вишневский.

3. Д-ра И. Д. Грибанов и Ф. С. Ненилин. *Случай опухоли левой лобной доли с оперативным вмешательством* (с демонстрацией). Больная М. 40 лет. Поступила в Нервную клинику и-та 10/X—1929 г. с жалобами на сильные головные боли с локализацией в левой половине лба, тошноту и рвоту, эпилептические припадки и головокружения. Больна 1½ года. Началось гол. болями, припадками, к-рые начинались с *déviation conjuguée* головы и глаз в правую сторону и общими судорожными подергиваниями с последующим состоянием оглушения в течение 2—3 дней. В дальнейшем развиваются явления амнестической афазии, понижение

¹⁾ Президиумом О-ва врачей в заседании от 27/III с. г. избрана комиссия в составе профф. П. К. Горста, В. М. Соколова и д-ра С. И. Шермана, которой поручено проработать вопрос о массовом изготовлении таблеток по стандартным рецептурным формулам, введенным Татмедторгом.