

Данные эксперимента на кроликах, крысах, собаках и самом себе позволили автору прийти к заключению, что 1) электрон никакой токсичностью не обладает, 2) металл полностью рассасывается, 3) электрон является прекрасным материалом для остеосинтеза, значительно улучшающим репаративные процессы в костях.

6) Тех. директор Казанского кетгутного завода д-р Н. А. Крылова (доклад). Сравнительная оценка клинических методов стерилизации кетгута.

Производство кетгута в СССР сосредоточено в г. Казани, здесь же находится и госконтроль за качеством выпускаемого кетгута и за его технологическим процессом. Докладчик сообщает о 5-летнем применении методов стерилизации кетгута, аннотированных Ученым Мед. Советом НКЗдрава СССР и рекомендованных для хирургических клиник и больниц СССР.

В процессе изыскания рациональных методов обработки кетгута, обеспечивающих его стерильность, прочность нитей и т. д. были изучены 42 метода.

Наиболее рациональные полные методы стерилизации. Из последних У.М.С. НКЗ СССР утвердил для клинического применения, как наилучший, метод И. В. Домрачева. Кетгут Домрачева удобен в военной обстановке, т. к. им можно пользоваться при очень холодной и очень высокой температуре; удобен при транспортировке, т. к. он сухой, без консерванта, может храниться 2—3 года.

7. Д-р Гуревич. (Доклад) Футлярный новокаиновый блок Вишневого как метод функционального долечивания военной травмы конечностей.

В хирургическом отделении Н-ского военного госпиталя автор в 30 случаях функциональной тугоподвижности конечностей, где причиной являлся воспалительный процесс после огнестрельного ранения, успешно применил футлярный блок.

На основании своих наблюдений автор пришел к следующим выводам:

1. Футлярный новокаиновый блок Вишневого является эффективным методом долечивания функциональных последствий военной травмы конечностей; особенно успешно применение его в тех случаях, когда ограничение подвижности конечностей зависит от воспалительных процессов.

2. Механизм действия футлярного новокаинового блока заключается в том, что, разрешая воспалительный процесс (или его остаточные явления), уничтожая боль, отек и улучшая местное крово- и лимфообращение, а также, повидному, тонизируя нервные приборы, он создает все условия для успешного восстановления функции конечности (увеличение объема движений, мышечной силы).

3. Футлярный новокаиновый блок может иметь и дифференциально-диагностическое значение: улучшение функции после блока будет свидетельствовать о воспалительной природе тугоподвижности и возможности функциональной обратимости ее; безуспешность блока указывает на глубокие органические изменения (перерыв нервов, сухожилий, мышц, большие разрушения костей) и меньшую вероятность восстановления функции. Это может иметь большое значение для врачебно-трудовой экспертизы, т. к. позволяет судить о характере и длительности нетрудоспособности.

Председатель заслуж. деятель науки проф. Домрачев.

Секретарь доцент Осиповский.

## 14-я научная конференция Казанского ГИДУВ'а

25 декабря 1940 года

1. Доц. А. С. Муромцев. К вопросу о нейрогенном факторе в патогенезе кишечных узлов.

Нейрогенному фактору в патогенезе кишечных узлов принадлежит ведущая роль, определяющая тот или иной исход болезни. Больные погибают от шока и токсемии. Пораженные первично вследствие сосудистых расстройств нервные элементы кишечника обуславливают потерю эластичности кишечной стенки, открывая тем самым ворота для инфекции. Только с окончательной регенерацией поврежденных нервов кишки, брыжейки и брюшины восстанавливается перистальтика и стихают явления токсемии.

При кишечных узлах еще в большей степени, чем при других формах общей кишечной непроходимости необходимо расширить показания для широкой резекции, резко сузив круг распутывания узла. Развязыванием узла можно ограничиться лишь в тех случаях, где узел почти не затянут, кишка не изменила своего цвета и в ней сохраняется перистальтика, а также при условии, если с момента заболевания прошло не более 6 часов. Крепко же затянутый узел даже двух и одно-часовой давности безусловно нужно резецировать, так как по внешнему виду кишки, как показали наши нейростологические наблюдения, судить о жизнеспособности ее нельзя.

Каловый свищ при острой кишечной непроходимости, как не оправдавший себя практически и не имеющий достаточного теоретического обоснования, накладывать не следует.

Борьба с адинамией обмена (введение воды и соли) должна сочетаться с рядом лечебных мероприятий, направленных на поднятие биотонуса всех клеток организма, среди которых воздействие на нервную систему (новокаиновый блок), как регулятора внутриклеточного обмена, должно занимать далеко не последнее место.

2. Доцент Н. И. Вылегжанин. Отчет о конференции по физиологической системе соединительной ткани в Киеве 1—4/XII-40 года.

Председатель заслуженный деятель науки ТАССР профессор *Русецкий*.

## Указатель литературы по бактериофагу за 1939 и 1940 гг.

Сост. Н. Н. Аксенова, библиограф Научн. Биб-ки ТАССР при КГУ.

(Указанную здесь литературу можно получить по межбиблиотечному абонементу из Научной Библиотеки ТАССР при Казанском Гос. университете им. В. И. Ульянова-Ленина Казань, ул. Чернышевского 18).

1. Александров, М. Б. Фаготерапия дизентерии. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр., эпид. и инфекц-тов М. 1939 с. 45—50.

2. Алексеев, Г. М. О долговечности бактериофага (Лит-ра 6 назв.) Тр. Кубан. гос. мед. ин-та им. Красной Армии. 1939, вып. VII (XX) с. 87—9.

3. Аншелес, И. М. Опыт лечебного и противоочагового применения дизентерийного бактериофага в Ленинграде в 1937 г. Сб. II ЛМИ Бактериофаг. Л. 1939 с. 168—83.

4. Аншелес, М. М. Опыт применения противодизентерийного бактериофага с лечебными и профилактическими целями. Тезисы докл. Всес. конф-ции микр., эпид. и инфек-стов. М. 1939 с. 46—7.

5. Бадюк, Е. Е. и Рощупкина К. Н. Опыт лечения бактериофагом гемоколитов в детском возрасте. (Лит-ра. 21 назв.) Тр. Кубан. гос. мед. ин-та им. Красной Армии. 1939, вып. VII (XX) с. 174—81.

6. Бактериофагия при дизентерии. Сообщение I. В. И. Штуцер и Р. Е. Файб. Распространение дизентерийного бактериофага. Ж. микр., эпид. и иммун., 1939, вып. 5 с. 117—24. Библиогр. 35 назв.

7. Бартошевич, Е. Н. и Демидова С. И. Опыт лечения бактериофагом брюшного тифа. Сов. медицина, 1939, № 13, с. 18—20.

8. Белкина, А. И. Экспериментальные основы серофаготерапии. Тр. Моск. обл. ин-та инфекц. болезней имени И. И. Мечникова. 1939 с. 166—76.

9. Беридзе, М. А. Лечение ногтеды бактериофагом. Сб. тр. Тбил. н.-и. дермато-венерол. ин-та, кн. I. 1939, с. 185—7.

10. Вдовенко, А. П. и Марго, А. А. Опыт фагопрофилактики дизентерии. Ж. микр., эпид. и иммун., 1939, вып. 5, с. 143—7.

11. Вдовенко, А. П. и Марго, А. А. Опыт фагопрофилактики дизентерии. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр. эпид. и инфек-стов, М. 1939 г. с. 45—6.

12. Вигдегауз, Р. Н. Комбинированное лечение дизентерии бактериофагом и сывороткой. Токсич. диспепсия и дизентерия раннего дет. возраста. Свердловск—Ленинград. 1939. с. 85—8.

13. Висковский, С. Б. Применение дизентерийного бактериофага при терапии бациллярной дизентерии. Сб. II ЛМИ Бактериофаг. Л. 1939. с. 184—91.

14. Гильдин, И. Р. и Гусев, Е. Н. Опыт сравнительной оценки профилактических прививок бактериофагом и дизентерийной энтеровакциной. (К вопр. о фагопрофилактике бациллярной дизентерии (Лит-ра 7 назв.), Бюл. Ин-та эпид. и микр. и научн. О-ва эпид., микр. паразитол., инфек-стов и сан. врачей. 1939 т. VI, вып. I с. 17—22.

15. Гильдин, И. Р. и Гусев, Е. Н. Сравнительная эффективность вакцинации (дизентерийных больных) бактериофагом и дизентерийной энтеровакциной. Сов. здравоохран. Узбекистана. 1939. № 2, с. 46—7.

16. Гильдин, И. Р. и Захарова, М. С. Сравнительная оценка эффек-